

Spett.le Aviva Italia S.p.A.
Ufficio Contabilità
Via Scarsellini 14
20161 Milano

MODULO DI RICHIESTA DI RECESSO DALLA POLIZZA

Nome: _____
Cognome: _____
Codice Fiscale: _____
Indirizzo: _____
Città: _____
Telefono: _____
E-Mail: _____
Polizza n. _____

Il sottoscritto _____

dichiara

- di volersi avvalere del diritto di recesso dalla polizza sopra indicata, come previsto dalle Condizioni di Assicurazione,
- prende atto che il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di ricezione della presente richiesta da parte della Compagnia

chiede

che il rimborso del premio assicurativo non goduto al netto delle imposte, sia effettuato sulla carta di credito utilizzata per l'acquisto.

Luogo e data

Firma del Contraente

Aviva Italia S.p.A. ricorda che il cliente può recedere entro 14 giorni dalla data di perfezionamento del contratto senza doverne indicare il motivo tramite:

- invio di lettera raccomandata A/R ad AVIVA ITALIA S.p.A., Uff. Contabilità Canali, Via Scarsellini 14 – 20161 Milano. Oppure

- a mezzo PEC all'indirizzo aviva_italia_spa@legalmail.it con oggetto "Diritto di ripensamento".

Se il recesso è esercitato come sopra descritto:

- ha effetto dal giorno in cui Aviva lo riceve; contestualmente il contratto si estingue;
- Aviva trattiene la parte di Premio relativa al periodo intercorrente tra l'effetto del contratto e la data di effetto del recesso e deve adempiere agli obblighi derivanti dal contratto di Assicurazione per tale periodo;
- entro 30 giorni dalla data di effetto del recesso, Aviva restituisce al Contraente la parte di Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte già versate, senza penali.