UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

1995 • 2020 25 UniSalute

MODULO DI RECESSO PER RIPENSAMENTO #UniSalutePerTe

Nome e cognome

Indirizzo e-mail
(al quale si riceverà la conferma dell'avvenuto recesso e della restituzione delle somme dovute)

Polizza collettiva Unisalute con Contraente UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

DICHIARO

- di voler **RECEDERE,** per conto del mio familiare convivente

  Nome e cognome _____ _____

  Cod. fiscale _____

  da cui ho ricevuto apposito mandato, dalla polizza sopra indicata, esercitando il diritto di ripensamento previsto dall'articolo 67-*duodecies* del Codice del Consumo, consapevole che ciò comporta l'annullamento del contratto e l'interruzione della copertura assicurativa con decorrenza dal giorno di invio del presente modulo;

- di **richiedere il rimborso** del premio non goduto, al netto degli oneri fiscali e parafiscali e della frazione relativa al periodo in cui il contratto ha avuto corso, alle seguenti coordinate bancarie, sollevando UniSalute S.p.A. da qualsiasi responsabilità nel caso in cui il conto corrente sia intestato a persona diversa:

  IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

  Intestatario conto: _____

Data **Firma**

_____ _____

Come inviare questo modulo:

- **Stampa** questo modulo, compilalo in ogni sua parte, firmalo e **invialo entro 14 giorni** dalla data di pagamento, con lettera raccomandata da inviare alla Società presso Via Larga 8, 40138 - Bologna, oppure mediante e-mail inviata a assicurazionemedica@unisalute.it.

- Fornisci copia fronte e retro di un tuo documento di riconoscimento in corso di validità.

Per il calcolo dei 14 giorni fa fede la data di invio del presente modulo con le modalità sopra indicata.