

Piano Pensione Moneyfarm

MODULO DI RECESSO

DATI DELL'ADERENTE

Io sottoscritto/a		Codice Fiscale
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nato/a, a		Data di nascita
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Residente a (Indirizzo, Comune, Provincia, Stato)		Cap
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Numero di Polizza	e-mail	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARAZIONE DELL'ADERENTE

Il/la sottoscritto/a:

- dichiara che intende avvalersi del diritto di recesso dal contratto con numero di polizza sopra indicato;
- di aver preso visione dell'art. 12 delle Condizioni Generali di Contratto ricevute, lette e comprese prima dell'Adesione al Contratto;
- chiede che l'importo liquidato a titolo di recesso sia accreditato sul conto corrente di cui è intestatario, con il seguente **IBAN:**

Luogo e data	Firma Aderente
<input type="text"/>	<input type="text"/>