

SOSPENSIONE DEL FINANZIAMENTO E SCELTA IMPATTO SU POLIZZE CONNESSE

MICRO, PICCOLE E MEDIE IMPRESE

ai sensi del DL 17/03/2020 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni in materia di Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

lo sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

POLIZZE VITA TCM - CPI

in qualità di Contraente/Richiedente della polizza Vita n°

0																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e della collegata polizza danni n°

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POLIZZE DANNI

in qualità di Contraente della polizza danni n°

9																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARO

di avere **SOSPESO** il pagamento delle rate del mutuo abbinato alla polizza suindicata per un periodo pari a _____ mesi

RICHIEDO (barrare una casella)

- di **ADEGUARE** la/le polizza/e **CPI** rispetto alla nuova data di scadenza del finanziamento, acconsentendo al pagamento delle rate aggiuntive generate dal prolungamento della copertura.
- di **ADEGUARE** la polizza **TCM – RE** rispetto alla nuova data di scadenza del finanziamento, acconsentendo al pagamento delle rate aggiuntive generate dal prolungamento della copertura. Dichiaro di essere consapevole e di accettare che il prolungamento della copertura avverrà per un periodo pari ad 1 anno.
- di **NON ADEGUARE** La/le polizza/e suindicata che **rimarrà/rimarranno in vigore** fino alla data di scadenza originariamente pattuita e alle condizioni originariamente pattuite.

RICHIEDO inoltre (ex articolo 56 comma 1 lett. b e c)

di prorogare il pagamento delle rate di premio per n° _____ mesi, comunque non oltre il 30/09/2020, che verrà riattivato automaticamente a far data dal 01/10/2020.

Data ____/____/____

Firma del Contraente/Richiedente

Spazio riservato all'Intermediario

Con la presente dichiaro, sotto la mia responsabilità, di aver accertato l'esatta identità del sottoscrittore e di aver acquisito copia dei documenti di identificazione in corso di validità; dichiaro altresì che le firme sono state apposte in mia presenza in DATA: _____

Firma dell'Intermediario

N.B.:Modulo da inviare all'indirizzo mail: Assimocopervoi@assimoco.it