helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Spettabile
Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

da trasmettere con una delle seguenti modalità:

- **raccomandata A/R all'indirizzo**
  Via G. B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
- **PEC helvetia@actaliscertymail.it**

Modulo per l'esercizio del Diritto di Ripensamento

Io sottoscritto

Cognome e nome/Ragione sociale _____

Codice Fiscale/P.IVA | | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo e-mail _____

Telefono _____

Contraente della polizza num. _____

Prodotto _____

Sottoscritta in data | | / | | / | | | |

DICHIARO

- di voler esercitare il **diritto di ripensamento** per la polizza sopraindicata, entro 14 giorni dalla data di stipula della stessa, così come previsto dalle Condizioni di assicurazione, e di voler **recedere dal contratto**, con la conseguente restituzione del premio pagato e non goduto al netto degli oneri fiscali;
- di essere a conoscenza che il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della presente richiesta debitamente compilata e che nessuna copertura assicurativa sarà più operativa da tale data;
- di aver distrutto o restituito, in base a quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione, la scheda di polizza, il certificato di assicurazione e la carta verde in corso di validità, se previsti nel contratto.

Coordinate bancarie per il rimborso

Il rimborso del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali, può essere effettuato alle seguenti coordinate bancarie:

Cognome e Nome intestatario del conto corrente _____

Nel caso di conto co-intestato:
Cognome e Nome co-intestatario del conto corrente _____

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
C. Paese | CIN Euro | CIN IT | ABI | CAB | N° di conto corrente

Luogo e data _____

Firma del Contraente _____