

Spettabile
MetLife Europe d.a.c.
c/o Younited S.A.

Oggetto: Modulo di richiesta recesso ai sensi del protocollo d'intesa ABI-ASSOFIN

Il/La sottoscritto/a , _____
nato/a a _____, il _____,
codice fiscale n° _____,
residente a _____(_____),
CAP _____, in via/piazza _____ n° _____ ,
telefono fisso _____, cellulare _____

CHIEDE

il recesso dalla polizza Creditor Protection abbinata al prestito n. _____.

Le ricordiamo, che tale modulo, unito ad un documento di identità fronte retro, va inviato tramite raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: Via Sardegna 40, Roma (RM) 00187, oppure a mezzo PEC all'indirizzo: pretdunion@legalmail.it

Teniamo altresì a precisare, che il diritto di recedere dalla polizza assicurativa connessa al finanziamento, può essere esercitato entro e non oltre i 60 giorni dalla data di erogazione dei fondi.

Luogo e data _____

(Firma)
