

## MODULO DI RECESSO

Compilare e restituire il presente modulo solo se si desidera recedere dal contratto assicurativo stipulato online.

*Spett.le*

**AXA Assicurazione Sede Legale e Direzione Generale**

Corso Como 17, 20154 Milano

Tel +39 02 480841 - Fax +39 02 48084331

E-mail: [axaassicurazioni@axa.legalmail.it](mailto:axaassicurazioni@axa.legalmail.it)

Con la presente comunico la volontà di recedere dal contratto stipulato per Protezione Salute.

### **Dati di Polizza**

Numero di polizza/contratto:

Ordinato il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ricevuto il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nome del/dei consumatore(i):

Indirizzo del/dei consumatore(i):

### **Coordinate bancarie dell'assicurato<sup>1</sup>**

Nome intestatario del CC:

Banca:

Filiale/Agenzia:

IBAN:

Data

Firma del/dei consumatore(i)

---

<sup>1</sup> Le coordinate bancarie saranno usate per disporre un bonifico qualora si riscontrassero dei problemi tecnici con il riaccredito del premio su carta di credito.