

CNP SANTANDER INSURANCE

CNP SANTANDER INSURANCE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Massimo D'Azeglio 33/E - 10126 Torino

Riferimento:

Nº Contratto:

(Da riportare in tutte le comunicazioni)

Oggetto: Rimborso premio assicurativo a seguito di Estinzione Anticipata del finanziamento

Egregio Signore/Gentile Signora,

siamo a confermarLe che, a seguito della estinzione anticipata del finanziamento numero erogato da Santander Consumer Bank, non avendo ricevuto da parte Sua comunicazione in merito alla volontà di mantenere attiva la copertura assicurativa, abbiamo provveduto alla chiusura delle polizze in essere con CNP Santander Insurance Life DAC e CNP Santander Insurance Europe DAC in data

Certi di farLe cosa gradita, Le inoltriamo l'elenco dei documenti necessari per poter predisporre i rispettivi pagamenti:

- 1. Documento di identità in corso di validità (fronte/retro) dell'aderente/contraente;
- 2. Documento di identità in corso di validità (fronte/retro) dell'intestatario dell'IBAN;
- 3. Codice Fiscale dell'aderente/contraente
- 4. Codice Fiscale dell'intestatario dell'IBAN

Le preghiamo di restituirci debitamente compilato e firmato, il modulo allegato unitamente alla documentazione richiesta

- alla seguente email:
 assistenza-clienti@it.cnpsantander.com
- in busta chiusa al seguente indirizzo:

CNP Santander Insurance Life DAC e
CNP Santander Insurance Europe DAC
Rappresentanze Generali per l'Italia
Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri
Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI)

via fax al numero 011 0133511

Qualora avesse già provveduto all'inoltro della richiesta, La preghiamo di ritenere nulla la presente comunicazione.

Per qualsiasi ulteriore informazione o chiarimento, La invitiamo a contattare il nostro Supporto Clienti al numero 800 966 102 (dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00, sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00) o al seguente indirizzo email: assistenza-clienti@it.cnpsantander.com.

Cogliamo l'occasione per porgerLe i nostri cordiali saluti.



CNP SANTANDER INSURANCE

CNP SANTANDER INSURANCE

Rappresentanza Generale per l'Italia Corso Massimo D'Azeglio 33/E - 10126 Torino

CNP Santander Insurance

Mittente:	Spett.le CNP Santander Insurance Life DAC e CNP Santander Insurance Europe DAC Rappresentanze Generali per l'Italia Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI)
	Milano,
Oggetto: Richiesta di Estinzione Anticipata, invio docur	mentazione mancante
Nº Contratto :	
Spettabile Santander Insurance,	
affinché possiate procedere con l'evasione della richies allegato la documentazione mancante	sta in oggetto da Voi ricevuta, Vi trasmetto in
Cordiali saluti.	
	Firma 1° intestatario
	Firma 2° intestatario



CNP SANTANDER INSURANCE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Massimo D'Azeglio 33/E - 10126 Torino

MODULO PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI SULLA COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA DEL CONTRATTO DI CREDITO¹ SEZIONE 1: DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi dell'Aderente

Cognome e Nome / Ragione So	ociale*	Sesso	М	F			Reca	pito te	elefonico)		
Luogo e Data Nascita			Coc	lice F	iscal	e / Paı	tita I\	VA*				
Nazionalità			Indi	rizzo	di Re	esiden	za / S	ede L	egale*			
Comune		Prov.			C.A	.Р.			Paese			
Documento di identità (Tipo e	•											
Luogo, Data e Autorità di rilasc	io											
Dati identificativi del L	egale Rappresentant	:e*		Tuto	re		Cura	tore		Altr	а	
Cognome e Nome			Cod	dice F	iscal	le			Sesso	, 1	M	F
Recapito telefonico												
Luogo e Data Nascita			Na	ziona	lità							
Indirizzo di Residenza			Coı	mune	<u></u>		ı	Prov.	C.A.I	۶.		
Paese	Document	o di ide	ntità	(Tipo	oe N	Numer	o)					
Luogo e Data e autorità di rila				` '			,					
* Nel caso di Persone Giuridi	che											
s	EZIONE 2: MODALIT	ſA' DI P	AGA	MEN	то							
Bonifico												
	BI CA	В				NUN	/IERC	CON	ITO			
I T												
Intestato a: (Cognome/Nome)												_
Presso la Banca				filial	a di							
FTESSO IA DATICA				IIIIai	ui_							
Firma dell'Aderente	Il sottoscritto Anderivante da men appositi campi de dichiara di aver conoscenza.	daci af el prese	ferm nte	azion modu	i, di ulo c	chiara corrisp nazion	che ondo e agg	i dati no al	riprodo vero ed	tti r d alt	negl tres	li sì
1	Data e Luogo					Firn	าล					

1 Il rimborso sarà disposto una volta ricevuta tutta la documentazione completa

CNP SANTANDER INSURANCE LIFE DAC Rappresentanza Generale per l'Italia Tel. 011 0891111 Fax 011 0891112 n. iscrizione Registro Imprese Torino, C. F. e P.IVA: 10582090014 - R.E.A. 1145516 - Iscritta nell'Elenco I Albo Imprese di Ass. IVASS con il num. I.00097 Sede: 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2 (Ireland) - n. di iscrizione al Registro delle Società di Dublino: 488063 - capitale sociale: euro 103.600.000,00 interamente versato



CNP SANTANDER INSURANCE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Corso Massimo D'Azeglio 33/E - 10126 Torino

CNP SANTANDER INSURANCE

Nel caso in cui l'Aderente abbia indicato un conto corrente intestato a persona diversa dall'aderente stesso, compilare anche la sezione che segue con i dati del titolare del conto

Cognome e Nome / Ragione So	ociale*	Sesso M F	Recap	oito telefonico		
Luogo e Data Nascita	Codice Fis	scale	Nazio	onalità		
Indirizzo di Residenza (Via/Piaz	za, Comune, Prov., C.A.F	P., Paese)				
Documento di identità (Tipo e	Numero)					
Luogo, Data e Autorità di rilasc	io					
Legame con il Beneficiario della Prestazione: ☐ Figlio ☐ Padre/Madre ☐ Coniuge ☐ Altro (specificare)						
Dati identificativi del Legale Rappresentante* Tutore Curatore Altra persona dotata dei necessari potere di firma						
Cognome e Nome	Codice Fisca	ale Sesso	M F	Recapito telefonico		
Luogo e Data Nascita Nazionalità						
Indirizzo di Residenza		Comune	Prov.	C.A.P.		
Paese Documento di identità (Tipo e Numero)						
Luogo, Data e autorità di rilascio						
Firma del Percipiente (se diverso dall' Aderente)	annositi campi dei presente modillo corrispondono al vero ed altresi					
	Data e Luogo		Firma			