**Spett. le**

**Assicurazione SPA
Via xx xxx, 1
00100 Roma**

**Oggetto: Richiesta rimborso quota parte di premio assicurativo cessione del quinto**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**Il rimborso della quota parte di premio assicurativo non goduto del contratto di cessione del quinto estinto il** \_\_/\_\_/\_\_ polizza numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Che gli importi di cui sopra, siano accreditati con: Bonifico Bancario**

**IBAN IT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**In attesa di un Vostro riscontro porgo distinti saluti.**
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Si allega:

* Copia carta d’identità e tessera sanitaria
* Copia conteggio estintivo
* Copia liberatoria
* Copia coordinate bancarie con intestazione.