

MODULO PER LA RICHIESTA DI VARIAZIONE PIANO PAGAMENTI

(Compilare in stampatello)

Piano n°. _____

Cognome e Nome/Ragione Sociale

Codice fiscale /Partita IVA

Telefono

Email

Il/la sottoscritto/a Soggetto su cui grava il carico fiscale chiede la seguente variazione:

VARIAZIONE FRAZIONAMENTO E/O IMPORTO DEL PREMIO

(Per le variazioni frazionamento e importo premio di rata ammesse fare riferimento alle Condizioni di Assicurazione)

annuale semestrale quadrimestrale trimestrale mensile

La variazione del frazionamento del premio, dovrà pervenire almeno 60 giorni prima della data di scadenza della rata dovuta.

Importo premio di rata: _____ €

Luogo e data

il Soggetto sui cui grava il carico fiscale

VARIAZIONE METODO DI PAGAMENTO

(Per le variazioni metodo di pagamento ammesse fare riferimento alle Condizioni di Assicurazione)

Addebito Diretto (*) = addebito automatico presso il proprio Istituto Bancario/Ente Postale

Bonifico dal seguente IBAN _____
Paese Check CIN ABI CAB N. CONTO

(La variazione del metodo di pagamento dovrà pervenire almeno 60 giorni prima della data di scadenza della rata dovuta.
(*) In caso di variazione metodo di pagamento con addebito automatico su conto corrente, si ricorda di allegare anche il relativo modulo di richiesta attivazione).

Luogo e data

il Soggetto sui cui grava il carico fiscale

1/2

SOSPENSIONE DEL PIANO DEI VERSAMENTI

(Esclusivamente se previsto dalle Condizioni Contrattuali e con le modalità in esse previste)

Desidero effettuare la sospensione del versamento dei premi periodici.

Sospensione definitiva pagamento premi

La richiesta comporta la sospensione definitiva del pagamento dei premi dalla prima ricorrenza annuale utile e potrà essere ripristinato a discrezione del Soggetto su cui grava il carico fiscale e con specifica richiesta.

Sospensione annuale pagamento premi

La richiesta comporta la sospensione annuale del pagamento dei premi dalla prima ricorrenza annuale utile e il piano dei pagamenti si riattiverà automaticamente alla ricorrenza annuale dell'anno successivo.

Sospensione immediata pagamento premi

La richiesta comporta la sospensione immediata del pagamento dei premi dalla prima rata di premio utile che potrà essere ripristinato a discrezione del soggetto su cui grava il carico fiscale con specifica richiesta.

(In caso di richiesta di sospensione definitiva o annuale di pagamento premi, la richiesta di sospensione deve pervenire all'impresa almeno 60 giorni prima della data di versamento da cui si intende far decorrere la sospensione. In caso contrario la sospensione decorrerà dalla prima ricorrenza di pagamento successiva).

Luogo e data

il Soggetto sui cui grava il carico fiscale

RIATTIVAZIONE DEL PIANO DEI VERSAMENTI

(Esclusivamente se previsto dalle Condizioni Contrattuali e con le modalità in esse previste)

Desidero effettuare la riattivazione del versamento dei premi ricorrenti.

(La richiesta di riattivazione deve pervenire all'impresa almeno 60 giorni prima della data di versamento da cui si intende far decorrere la riattivazione. In caso contrario la riattivazione decorrerà dalla prima ricorrenza di pagamento successiva).

Luogo e data

il Soggetto sui cui grava il carico fiscale

Allegare copia di un documento in corso di validità del Soggetto su cui grava il carico fiscale

C1V3M

Riferimento del Mandato (numero Proposta/Polizza)

La sottoscrizione del presente mandato comporta:

- A) l'autorizzazione a Cronos Vita Assicurazioni S.p.A. a richiedere all'Istituto di Credito del debitore l'addebito del suo conto e
B) l'autorizzazione all'Istituto di Credito del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da Cronos Vita Assicurazioni S.p.A.
Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso dal proprio Istituto di Credito secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima.
Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

DATI DEL DEBITORE

Nome del Debitore*
Cognome e Nome/ Ragione Sociale del Debitore

Indirizzo*
Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico

Codice Postale - Località*
Indicare CAP - Località e Provincia

Paese*
Paese

Conto di Addebito*
Indicare l'IBAN del titolare del conto di pagamento

SWIFT BIC**
Presso l'Istituto di Credito: indicare il codice SWIFT BIC

Codice Fiscale*
Inserire il Codice Fiscale

Codice Identificativo del Creditore*
Creditor Identifier

DATI DEL SOGGETTO PER CONTO DEL QUALE VIENE EFFETTUATO IL PAGAMENTO

Nome*
Cognome e Nome/ Ragione Sociale

Indirizzo
Via/P.zza/C.so/Largo/Strada e numero civico

Codice Postale - Località
Indicare CAP - Località e Provincia

Paese
Paese

Codice Fiscale*
Inserire il Codice Fiscale

RELAZIONE FRA DEBITORE E SOGGETTO PER CONTO DEL QUALE VIENE EFFETTUATO IL PAGAMENTO*

- Coincidono
 Parente/Affine/Convivente
 Altro (specificare)

* Non è possibile prevedere un debitore diverso dal Contraente per polizze sottoscritte dal 01/06/2018 in poi.

Tipo del pagamento
Luogo e data di sottoscrizione*
Firma/e***Nota:** I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dal proprio Istituto di Credito.

* I campi contrassegnati sono obbligatori.

** Campo obbligatorio da utilizzare solo per conti correnti esteri.

Restituire il Modulo compilato a:

Riservato al Creditore