

OGGETTO: RICHIESTA DI RECESSO PRODOTTI ASSICURATIVI METLIFE EUROPE D.A.C. RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA.

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

- AH/17/09 (db Salute individuo/nucleo) adesione numero _____.
 AH/18/11 (db Infortuni individuo/nucleo) adesione numero _____.

CHIEDE

Il recesso della polizza sopra indicata.

_____, lì _____

(Firma Cliente)