

COMPILA QUESTA SEZIONE CON I TUOI DATI

NOME

COGNOME

CODICE CLIENTE

NUMERO CONTO

INVIA IL MODULO* A:

BANCA IFIS S.p.A.
SERVIZIO CLIENTI CONTOMAX
CASELLA POSTALE 73
43044 – COLLECCHIO (PR)

***Al presente modulo deve essere allegata copia di un documento di identità in corso di validità.**

CHIUSURA CONTOMAX PER RECESSO

Il/I sottoscritto/i

intestatario/i del rapporto contomax n. _____

dichiara/no di voler recedere dal rapporto in questione.

Sono/Siamo altresì consapevole/i del fatto che, ai sensi dell'art. 13, Sez. I, comma 4, a partire dalla data di efficacia del recesso, la Banca non è più tenuta ad eseguire le Operazioni di Pagamento e si intendono automaticamente revocate le richieste aventi carattere periodico, permanente o differito.

Sono/Siamo consapevole/i del fatto che ai sensi dell'art. 13, Sez. I, comma 6 il recesso dal Contratto implica il recesso dalla convenzione di conto corrente nonché dai singoli Servizi.

Sono/Siamo consapevole/i del fatto che i tempi massimi di estinzione e messa a disposizione delle somme sono i seguenti:

- Di cinque giornate operative in presenza di addebiti diretti o carte di debito;
- Di trentatré giorni in caso di attivazione di contomax One;
- Delle giornate operative necessarie per il ricevimento del rendiconto successivo alla chiusura degli eventuali servizi Telepass, ove presenti, o per altri servizi collegati a contomax.

Qualora alla data di efficacia del recesso siano presenti Vincoli, ai sensi dell'art. 3, Sez. III, lettera O), comma 4, sono/siamo consapevole/i che i Vincoli rimarranno in essere alle condizioni pattuite fino alla loro naturale scadenza.

