

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.**

RECESSO CONTOMAX – DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il/I sottoscritto/i

intestatario/i del rapporto contomax n. _____

dichiara/no di voler recedere dal rapporto in questione avvalendosi del diritto di ripensamento, non essendo ancora trascorsi quattordici giorni dalla ricezione della Vostra Comunicazione di accettazione.

Sono/Siamo consapevole/i del fatto che, qualora siano stati utilizzati dei Servizi, saranno da noi dovute le spese corrispondenti a tali utilizzi, secondo quanto indicato nelle Condizioni Economiche.

Sono/Siamo consapevole/i del fatto che, ai sensi dell'art. 13, Sez. I, comma 3 delle Norme Contrattuali, il recesso avrà efficacia decorse tre Giornate Operative dal ricevimento della lettera da parte della Banca.

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.

Qualora alla data di efficacia del recesso siano presenti Vincoli o vi siano dei Fondi nel Servizio contomax One, sono/siamo consapevole/i del fatto che i Vincoli verranno meno e che i Fondi in contomax One diverranno immediatamente disponibili. Sono/Siamo altresì consapevole/i che sui tali Fondi sarà comunque riconosciuto, rispettivamente dalla data di Attivazione del Vincolo e dalla data di Alimentazione di One, un interesse corrispondente al tasso del Conto indicato nelle Condizioni Economiche.

