

**EMERGENZA COVID-19
ACCORDO BANCA – CLIENTE**

Modulo di domanda SOSPENSIONE RATE

Spett. le
BANCO DI CREDITO P. AZZOAGLIO S.P.A.
Filiale di _____

Il sottoscritto:

- _____
nato a _____ il _____ codice fiscale _____
(e-mail) _____

- _____
nato a _____ il _____ codice fiscale _____
(e-mail) _____

Intestatario/cointestatario del/i finanziamento/i di seguito indicato/i, per i quali **CHIEDE di usufruire della SOSPENSIONE per massimo 12 mesi delle rate** (quota capitale).

Mutuo ipotecario/chirografario n _____
di originari Euro _____,
debito residuo di Euro _____
sospensione _____ mesi

Mutuo ipotecario/chirografario n _____
di originari Euro _____,
debito residuo di Euro _____
sospensione _____ mesi

Mutuo ipotecario/chirografario n _____
di originari Euro _____,
debito residuo di Euro _____
sospensione _____ mesi

Mutuo ipotecario/chirografario n _____
di originari Euro _____,
debito residuo di Euro _____
sospensione _____ mesi

DICHIARA

- di aver subito danni a causa degli effetti del fenomeno epidemiologico CODIV-19, come meglio indicati nell'autocertificazione allegati;
- di non avere rate scadute (non pagate o pagate solo parzialmente) da più di 90 giorni;

PRENDE ATTO CHE

- il Banco valuterà la richiesta secondo il principio di sana e prudente gestione e nel rispetto delle proprie procedure e che fornirà una risposta, di norma entro 30 giorni lavorativi dalla presentazione della domanda;
- ai fini della concessione delle facilitazioni previste, il Banco potrà richiedere ulteriori informazioni.

Allegati: autocertificazione del cliente

In fede

_____ lì _____

Il/i richiedente /i
