

MODULO DI DISDETTA ASSICURAZIONE INFORTUNI

Mittente (Assicurato/Contraente) :

Nome e Cognome : _____

Codice Fiscale : _____

Indirizzo : _____

CAP e Città : _____

Telefono : _____

Dati Contratto Assicurativo :

Compagnia Assicurativa : _____

Numero Polizza : _____

Data Decorrenza : _____

Oggetto della Disdetta :

Con la presente, il sottoscritto esercita il diritto di recesso e richiede la disdetta del contratto di assicurazione infortuni sopra indicato, ai sensi delle condizioni contrattuali e della normativa vigente. Si richiede pertanto la cessazione di ogni copertura assicurativa a decorrere dal termine previsto dal contratto o dalla comunicazione.

Dichiarazioni e Richieste :

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie in merito alla disdetta e alle conseguenze della stessa. Si impegna a restituire eventuali documenti assicurativi e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei propri dati personali.

Luogo e Data : _____

Firma : _____

Firma del Contraente/Assicurato

Firma del Mittente

Firma della Compagnia

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://esperto-disdetta.com/modulo-disdetta-assicurazione-infortuni/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://esperto-disdetta.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.