

# MODULO DI DISDETTA POLIZZA ALLIANZ ULTRA SALUTE

Mittente : \_\_\_\_\_

Nome e Cognome : \_\_\_\_\_

Indirizzo : \_\_\_\_\_

CAP e Città : \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_

## Dati Polizza :

Numero Polizza : \_\_\_\_\_

Contraente : \_\_\_\_\_

Assicurato : \_\_\_\_\_

## Oggetto della Disdetta :

Con la presente, il sottoscritto richiede la disdetta della polizza Allianz Ultra Salute di cui sopra, con effetto dalla prima scadenza utile successiva alla data di ricezione della presente comunicazione, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 del Codice Civile e del Regolamento IVASS n. 35/2010. Si richiede pertanto la cessazione di ogni obbligo contrattuale e la sospensione di ogni addebito relativo a premi successivi alla scadenza indicata.

## Dichiarazioni :

- Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza delle condizioni contrattuali e delle modalità di disdetta.
- La presente disdetta viene inviata in osservanza dei termini contrattuali e della normativa vigente.
- Si richiede conferma scritta dell'avvenuta disdetta e dell'eventuale rimborso di premi non goduti.

## Modalità di Invio :

Si prega di considerare valida la presente disdetta anche in assenza di firma autografa su supporto cartaceo, qualora trasmessa tramite PEC o altro canale tracciabile.

Luogo : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

**Firma Mittente**

**Data Ricezione (da parte Allianz)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte originale di questo documento:

<https://esperto-disdetta.com/modulo-disdetta-polizza-allianz-ultra-salute/>

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.