

Spettabile  
Zurich Insurance Company Ltd  
Rappresentanza Generale per l'Italia

**Modulo di recesso - Altri prodotti**  
**Ediz. 07/2019**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CONTRAENTE:** \_\_\_\_\_

POLIZZA N°: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
cellulare n. \_\_\_\_\_ telefono rete fissa n. \_\_\_\_\_  
chiede di sciogliere il contratto (entro 14 giorni dalla data di conclusione dello stesso)  
ai sensi del D.Lgs. 19/08/2005 n. 190 – G. U. 22/09/2005 n. 221

**Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del C.C. dichiara**

che nel periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ non ha né subito  
né causato sinistri.

Dichiaro altresì di essere a conoscenza che in caso di dichiarazione non veritiera  
la Compagnia si rivarrà nei miei confronti per ogni esborso e/o spesa che la stessa  
potrebbe eventualmente sostenere.

Sono infine a conoscenza del fatto che la Compagnia provvederà a sciogliere il  
contratto e a rimborsare il premio pagato (al netto di imposte ed altri oneri parafiscali)  
solo al ricevimento del presente documento firmato.

Vogliate provvedere ad effettuare il rimborso del premio sul seguente Conto Corrente  
bancario o postale **a me intestato o cointestato:**

Cognome e Nome Intestatario _____					
Codice IBAN					
____	____	____	____	____	____
Codice Paese	Cin IBAN	Cin	ABI	CAB	n° conto corrente

Firma

\_\_\_\_\_

**Invio documenti**

**Modalità di invio:**

- mail [documenti@zurich-connect.it](mailto:documenti@zurich-connect.it)
- fax **02.83.43.01.11**



**Per informazioni:**

- [zurich-connect.it](http://zurich-connect.it)
- **02.83.43.04.30**  
(dal lun. al sab. 8.30-19.30)