RACCOMANDATA A.R.

Spettabile
Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Benigno Crespi, 23
20159 MILANO

CONTRAENTE _____
POLIZZA N° _____

Io 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 subìto 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

Luogo e data FIRMA

_____il_____ _____