

Spettabile
 Zurich Insurance Company Ltd
 Rappresentanza Generale per l'Italia

Modulo di recesso polizza emessa

Ediz. 01/2022

Data ___ / ___ / _____

CONTRAENTE: _____

POLIZZA N°: _____

Invia i documenti

via mail a:

documenti@zurich-connect.it

Per altre informazioni



zurich-connect.it



02.83.43.04.30

(dal lun. al sab. 8,30-19,30)

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.

Attenzione: nel caso in cui abbia effettuato il pagamento della polizza con carta
 di credito da meno di 6 mesi, riceverà il rimborso direttamente sulla carta di
 credito fornita in fase di acquisto. Se invece ha acquistato la polizza da più di 6
 mesi o con un metodo di pagamento diverso dalla carta di credito, la preghiamo
 di compilare il box sottostante.

Cognome e Nome Intestatario _____

Codice IBAN

Codice
Paese

Cin
IBAN

Cin

ABI

CAB

n° conto corrente

Firma
