



Modulo di recesso polizza Altri Prodotti

Spettabile
Zurich Insurance Company Ltd
Rappresentanza Generale per l'Italia

Data ____ / ____ / ____

CONTRAENTE: _____

POLIZZA N°: _____

invia il modulo a:
documenti@it.zurich.com

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: riceverà il rimborso sul conto corrente indicato sul modulo di addebito diretto su C/C (modulo SDD), da lei firmato in fase di acquisto.

Firma