

MODULO DI DIRITTO DI RIPENSAMENTO ASSICURAZIONE

Luogo : _____ Data : _____

Dati del Contraente :

Nome e Cognome : _____

Codice Fiscale : _____

Indirizzo : _____

Dati dell'Assicurazione :

Compagnia : _____

Numero Polizza : _____

Tipo di Assicurazione : _____

Dichiarazione di Ripensamento :

Il sottoscritto dichiara di voler esercitare il diritto di ripensamento ai sensi dell'art. 52 e seguenti del Codice del Consumo (D.Lgs. 206/2005) relativo al contratto di assicurazione sopra indicato. Pertanto, chiede la risoluzione del contratto e la restituzione delle somme eventualmente versate.

Modalità di Esercizio del Diritto :

Ai sensi della normativa vigente, il diritto di ripensamento deve essere esercitato entro 14 giorni dal ricevimento della presente comunicazione o dalla conclusione del contratto, inviando raccomandata con avviso di ricevimento o altro mezzo idoneo a comprovare la data di invio.

Restituzione delle Somme :

L'impresa di assicurazione è tenuta a rimborsare tutte le somme ricevute dal contraente entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di ripensamento, salvo eventuali somme dovute per il periodo di garanzia già corso.

Firma del Contraente :

Firma per presa visione della Compagnia :

Contraente

Compagnia

Fonte originale di questo documento:

<https://documenti-esperti.com/modulo-diritto-di-ripensamento-assicurazione/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://documenti-esperti.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.