

## MODULO SOSPENSIONE POLIZZA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a/in \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ del  
comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La **sospensione** del contratto in corso di validità con la Compagnia di Assicurazioni \_\_\_\_\_  
per il veicolo targato \_\_\_\_\_

Il contraente/assicurato, apponendo la firma su questo modulo, riconosce che l'operazione di sospensione sarà effettuata secondo le modalità previste dalla compagnia assicuratrice ovvero che la sospensione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di consegna al broker.

Il contraente/assicurato è a conoscenza che la richiesta di sospensione è valida solo se rientra nei termini previsti delle condizioni contrattuali della compagnia assicuratrice.

Il contraente/assicurato è a conoscenza che all'atto della richiesta di sospensione, consegna al broker:

- Certificato di Assicurazione e relativo contratto
- Contrassegno di Assicurazione
- Modulo di sospensione controfirmato

Il contraente/assicurato è a conoscenza che in mancanza di uno di questi documenti, il broker non effettuerà la sospensione.

Marano di Napoli, li

Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
(per esteso e leggibile)