

CAPODRISE ASSICURAZIONI

Via Dante Alighieri, 58 - 81020 Capodrise (CE)

Telefono: 3451758545 - Email: info@capodriseassicurazioni.it

MODULO DI SOSPENSIONE O RIATTIVAZIONE POLIZZA

DATI DELL'ASSICURATO

- Nome e Cognome/Ragione Sociale: _____
- Codice Fiscale/P.IVA: _____
- Indirizzo: _____
- Telefono: _____ Email: _____
- Numero di polizza: _____
- Compagnia Assicurativa: [AXA / Prima Assicurazioni]

TIPOLOGIA DI RICHIESTA (barrare la casella corrispondente)

Sospensione della polizza

- Data richiesta di sospensione: // _____
- Motivazione: _____
- Durata prevista della sospensione: _____

Riattivazione della polizza

- Data richiesta di riattivazione: // _____
- Indicare eventuali modifiche nei dati dell'assicurato o del veicolo: _____

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia della carta di circolazione
- Copia della patente di guida
- Eventuale documentazione giustificativa (es. certificato di demolizione, vendita, ecc.)
- Altro: _____

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto dichiara che le informazioni fornite sono corrette e chiede la sospensione o la riattivazione della polizza indicata.

Data: // _____

Firma: _____

Inviare il presente modulo compilato e firmato a:

Email: info@capodriseassicurazioni.it - **PEC:** davide.negro92@pec.aruba.it

Indirizzo postale: Via Dante Alighieri, 58 - 81020 Capodrise (CE)