



MODULO RIATTIVAZIONE POL.N. _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a/in _____ il
_____ residente in Via _____ del comune di
_____, CAP _____, Veicolo Targato _____

CHIEDE

riattivazione del contratto in corso di validità con la compagnia assicuratrice _____

Il contraente/assicurato, apponendo la firma sul presente modulo, riconosce che l'operazione di riattivazione sarà effettuata secondo le modalità previste dalla compagnia assicuratrice ovvero che la riattivazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di nuova decorrenza assegnato dalla compagnia stessa. Il contraente/assicurato, è a conoscenza che all'atto della richiesta di riattivazione, la compagnia assicuratrice potrebbe richiedere un costo di riattivazione che sarà comunicato al momento della richiesta.

Nocera Inferiore, ___/___/_____

(Firma del CLIENTE per esteso e leggibile)