

DA:

POLIZZA

Numero

Veicolo Targato

A:

CreditRas Assicurazioni

E-mail:

info_creditras@allianz.it

Io sottoscritto _____ chiedo di sospendere la polizza n° _____ dalle ore 24:00 del ____/____/____*.

* (non può essere una data retroattiva e nemmeno superiore ai 30gg dalla data di ricezione del presente modulo)

Dichiaro che, al ricevimento della conferma di sospensione, provvederò alla distruzione dei seguenti documenti:

- certificato di assicurazione
- carta verde, se in mio possesso

Le coperture del contratto non saranno più attive dal momento in cui lei attiverà la sospensione. **Utilizzare il veicolo con contratto sospeso equivale quindi a circolare senza copertura assicurativa. Inoltre le ricordiamo che durante il periodo di sospensione il veicolo non può in alcun caso stazionare su strada pubblica o su area equiparata a strada pubblica in quanto temporaneamente privo dell'assicurazione obbligatoria.**

Data ____/____/____ Firma Leggibile _____ (obbligatoria)

ATTENZIONE

CreditRas sospenderà il contratto dalla data indicata a condizione **che il presente modulo sia trasmesso entro e non oltre tale data**. Diversamente la sospensione avrà decorrenza dalle ore 24:00 del giorno d'invio del presente modulo.