

DATA _____

Documento di disdetta dell'polizza infortuni complementare numero: _____

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ e residente a _____, in via _____, presenta qui la disdetta del contratto assicurativo complementare _____.

Vi ringrazio sentitamente della copertura assicurativa accordatami finora.

Vogliate gentilmente rinunciare ad eventuali tentativi di recupero dal momento che ho già fatto richiesta altrove per una nuova tutela assicurativa.

Vi prego cortesemente di darmi conferma della presente disdetta.

Cordiali saluti

Firma
