MODULO DI DISDETTA

(da inviare entro 30 giorni prima della data di scadenza annuale della copertura)

Poste Vivere Protetti

N. Polizza: …….....

Per esercitare la disdetta il contraente può inviare questo modulo a:

@ casella di posta elettronica **posteassicura@pec.poste-assicura.it**
(raggiungibile anche da posta elettronica non certificata)
oppure a:

Poste Assicura S.p.A.-Ufficio Portafoglio - Viale Europa, 190 00144 Roma

Il contraente

Cognome..... Nome .....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Recapito (cellulare e fisso) .....

e-mail .....

Luogo di residenza .....

informa Poste Assicura S.p.A. di voler esercitare la disdetta dal contratto, per la seguente motivazione:

La scelta è dovuta a: (campo non obbligatorio)

- ❏ mutate esigenze personali
- ❏ insoddisfazione sulla gestione del sinistro e sui servizi di Poste Assicura
- ❏ intenzione di sottoscrivere una polizza con altre compagnie assicurative
- ❏ altro (campo non obbligatorio, eventualmente indicare motivazione)

.....

La richiesta di disdetta deve essere accompagnata da una copia di un **documento di identità in corso di validità**.

La disdetta ha effetto dalla scadenza annuale successiva alla richiesta.

Luogo e data ..../...../..... Firma .....

La informiamo che i dati rilasciati saranno utilizzati esclusivamente per la gestione della richiesta e saranno trattati nel rispetto della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - GDPR e s.m.i.) e per le finalità descritte nell'Informativa privacy consegnata in sede di sottoscrizione e disponibile sul sito www.poste-assicura.it