

Città

Data

Spett.le

Via

CAP Città

Provincia

(nome e indirizzo dell'Intermediario con il quale è stata stipulata la Polizza)

e, p.c.

CF Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Portafoglio

Via Paolo di Dono, 73

00142 Roma

Raccomandata AR **(da spedire almeno 30 gg prima della scadenza)**

Oggetto: Disdetta a Polizza n° **Contraente :**
(Cognome Nome)

Dal : (data scadenza annuale)

Con riferimento alla Polizza e per scadenza in oggetto, come previsto dalle Condizioni di Assicurazioni, si comunica la volontà di non rinnovare la Polizza.

Cordiali saluti

Firma del Contraente

.....