

## RICHIESTA DI DUPLICATO DI POLIZZA

POLIZZA N. \_\_\_\_\_

---

Il sottoscritto Contraente \_\_\_\_\_

richiede di inviare duplicato della Polizza sopra riportata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

da considerare in futuro come indirizzo:

- di residenza  
 di corrispondenza

e dichiara sotto la propria responsabilità di:

- non esserne mai venuto in possesso  
 non esserne più in possesso perché smarrito o distrutto.

Il sottoscritto dichiara altresì che non ha mai ceduto o dato in pegno o garanzia a terzi detta polizza e che non ha comunque modificata la designazione del beneficio stabilita sulla medesima e si impegna a tenerVi sollevati ed indenni da qualsiasi azione o pretesa che possa essere avanzata nei Vostri confronti da terzi in dipendenza della polizza smarrita.

Si obbliga a farVi immediata restituzione della polizza qualora rientrasse in possesso della stessa.

\_\_\_\_\_

Data e luogo

**X** \_\_\_\_\_

Firma del Contraente