Spett.le

*Compagnia di Assicurazioni*

*Agenzia*

……………………………………….

……………………………………….

**Oggetto: riduzione della polizza vita n° ……………. stipulata il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.**

Il/La sottoscritto/a …………………….........……….. nato/a a ………………….…..……………. il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a …………………..……………, Prov. ……., in ………………………………………… - CAP …………., C.F. …………………………………….., contraente ed assicurato della polizza in oggetto, comunica la propria intenzione di avvalersi del diritto di riduzione della suddetta polizza ai sensi dell'art. ………… delle condizioni generali di contratto.

Vi invita pertanto a comunicare, per la durata residua del contratto, il nuovo valore del capitale ridotto o in alternativa il valore di riduzione.

Si allega una copia del documento d’identità in corso di validità.

Distinti saluti.

, 25 febbraio 2014

Firma