



**GRAZER WECHSELSEITIGE**

Versicherung Aktiengesellschaft

Spett.le

**GRAZER WECHSELSEITIGE VERSICHERUNG AG**

Direzione Commerciale per l'Italia

Wasagasse 11/10

1090 WIEN (Austria)

**RICHIESTA DI SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEL PREMIO  
RICORRENTE DELLA POLIZZA**

**Nr.** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

domiciliato/a in \_\_\_\_\_

Contraente della Polizza di Assicurazione sopra indicata conclusa con la Vostra Società, con la presente richiede

**CHE IL PAGAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE DELLA STESSA VENGA  
SOSPESO CON EFFETTO DAL:**

\_\_\_\_\_

La sospensione del pagamento del premio determina la riduzione del contratto, con rideterminazione del capitale caso vita eventualmente garantito a scadenza e la variazione, in diminuzione, del capitale assicurato caso morte, se previsto dal contratto.

***La richiesta potrà essere accettata solo se il contratto alla data richiesta ha già maturato ai sensi delle Condizioni di Assicurazione applicabili il diritto al capitale ridotto e non sussistono altre cause ostative ai sensi di tali Condizioni.***

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente del contratto

Visto incaricato della verifica firma

\_\_\_\_\_