

MODULO DI DENUNCIA TUTELA LEGALE
POLIZZA NUMERO 82.0003978 – ROLAND RECHTSSCHUTZ VERSICHERUNGS AG

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e nome

Qualifica e numero di licenza

Indirizzo

Codice fiscale

Luogo e data di nascita

Recapiti telefonici

Indirizzo di posta elettronica

INFORMAZIONI SUL SINISTRO *(descrizione sintetica dei fatti, eventualmente dettagliata nell'allegata relazione)*

Data di avvenimento

DATI DEL LEGALE DI FIDUCIA AL QUALE L'ASSICURATO INTENDE CONFERIRE MANDATO

Cognome e nome

Indirizzo

Recapiti

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	_____

DATA DENUNCIA

FIRMA

**Il presente modulo, compilato, datato e sottoscritto, deve essere inviato - unitamente ai relativi allegati – tramite raccomandata o telefax a:
ACI CSAI: Via Solferino, 32 – 00185 Roma (telefax 0644702225)**