

DELEGA

Spett.le Consap S.p.A
Servizio Stanza di compensazione
Fax:06.85796545/546/547/296

PRATICA CONSAP N. _____

OGGETTO: delega alla richiesta importo del sinistro CARD

Il sottoscritto/a _____
Residente in via/piazza _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Numero Documento _____ Tipo _____
Rilasciato da _____ Scadenza _____
Codice Fiscale _____

Contraente della polizza rc. Auto che garantisce il veicolo targato _____

DELEGA

Nome e Cognome / Ragione Sociale _____
In qualità di agenzia assicurativa; broker; consulente, altro (specificare) _____
via/piazza _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Numero Documento _____ Tipo _____
Rilasciato da _____ Scadenza _____
Codice Fiscale _____

a richiedere a Consap l'importo del Sinistro CARD relativo al sopracitato veicolo, inviando la relativa comunicazione presso l'indirizzo del delegato.

Luogo e data _____

Firma del delegante

Firma del delegato
