

SCHEDA RICHIESTA COPERTURA ASSICURATIVA

Richiesta da parte di:

Per cortesia predisporre polizza:

Fideiussione

Polizza Sanitaria

A

Sig. /la Sig.ra

Nato a:

Data di nascita:

residente in via/piazza

Città / Provincia

Codice fiscale

E-mail

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In allegato la documentazione richiesta

Data _____

Firma



La scheda, compilata in modo chiaro e firmata, insieme con i documenti richiesti, dovranno essere inoltrati al seguente indirizzo:

Aletheia Broker SPA

Via Tevere 20 – 00198 Roma, Tel: 068413627

e.mail: alessandro.frate@aletheiabroker.it

