

SCHEMA 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 e i documenti richiesti, dovranno essere inoltrati ai seguenti indirizzi, secondo l'area geografica di residenza del richiedente:

Trentino – Friuli Venezia Giulia – Veneto – Lombardia – Valle D' Aosta – Piemonte – Liguria – Emilia Romagna

UFFICIO ALETHEIA BROKER SPA

c/o Aletheia Broker SPA

Via Fulvio Testi 42 – 20099 Sesto San Giovanni (MI)

email: conv.anolf@aletheiabroker.it

Toscana – Lazio – Abruzzo – Molise - Campania - Puglia - Basilicata - Calabria - Sicilia e Sardegna

UFFICIO ALETHEIA BROKER SPA - ROMA

c/o Aletheia Broker SPA

Via Tevere 20 – 00198 Roma, Tel: 068413627

e.mail: alessandro.frate@aletheiabroker.it

