

**MODULO RICHIESTA COPERTURA
ASSICURATIVA**

SPETT. LE COMPAGNIA ASSICURATRICE

_____ = _____ =

SPETT.LE S.A.P.

SINDACATO AUTONOMO DI POLIZIA

SEGRETERIA PROVINCIALE ROMA

= R O M A =

Il sottoscritto _____

nato a _____ Prov. _____ il _____

in servizio presso _____

Telefono _____ e-mail _____,

considerato il suo impiego (costante___saltuario___) alla guida di veicoli dell'Amministrazione della Pubblica Sicurezza, consapevole dei rischi (risarcimento danni del mezzo) che ne derivano in occasione di incidenti in cui si rilevano responsabilità da parte del conducente,

CHIEDE

di poter beneficiare della copertura assicurativa a favore dei conducenti, stipulata dal S.A.P. Sindacato Autonomo di Polizia – Segreteria Provinciale di Roma, e codesta rispettabile Compagnia Assicuratrice, consapevole che detta copertura, stipulata a favore degli iscritti al Sindacato Autonomo di Polizia, avrà efficacia fin quando l'assicurato sarà in condizione di dimostrare la sua condizione di "iscritto" al suddetto sindacato.

Autorizzo il trattamento dei dati qui contenuti, ai sensi del D.LGS del 30 giugno 2003, nr. 196

Roma _____

FIRMA
