

**MODULO DI RICHIESTA ATTIVAZIONE GARANZIA POSTUMA
RC PROFESSIONALE COLPA GRAVE**

Il sottoscritto _____ - Codice Fiscale _____
residente in via _____ – CAP _____ – Città _____
Email _____

Ultima attività svolta: _____

Azienda Sanitaria: _____

Cessazione attività: _____

dichiara di voler attivare la garanzia postuma per la coperta assicurativa di RC Professionale Colpa Grave .

Data ___/___/___

firma _____

Inviare il presente modulo compilato e
sottoscritto a

ITA_SanitaFriuli@willis.com