

**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\_sanitaveneto@willis.com.**  
oppure via fax al n. **02 47787480**