

**DELEGA**

Spett.le Consap S.p.A  
Servizio Stanza di compensazione  
Fax:06.85796545/546/547/296

**PRATICA CONSAP N.** \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** delega alla richiesta importo del sinistro CARD

**Il sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Residente in via/piazza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Numero Documento \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Contraente della polizza rc. Auto che garantisce il veicolo targato \_\_\_\_\_

**DELEGA**

**Nome e Cognome / Ragione Sociale** \_\_\_\_\_

In qualità di  agenzia assicurativa;  broker;  consulente,  altro (specificare) \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Numero Documento \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

a richiedere a Consap l'importo del Sinistro CARD relativo al sopracitato veicolo, inviando la relativa comunicazione presso l'indirizzo del delegato.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegante

Firma del delegato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_