

**Da compilare in carta intestata del Cliente**

**DICHIARAZIONE DI ASSENZA SINISTRI**

Agli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892-1893-1894 C.C. l'Assicurando dichiara di non aver ricevuto alcuna Richiesta di Risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di Circostanze che possano far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto ad essi imputabile.

Cognome e Nome ..... Data.....

Firma.....