



L'ASSICURAZIONE CHE TI SEGUE OVUNQUE

**Aspevi Firenze S.r.l**

Agenzia di Vittoria Assicurazioni S.p.A  
Via Giovanni dei Marignolli 64/66/68 (50127) – Firenze (FI)

N. Verde 800.40.30.60 / Fax. 055.446981

E-mail: [info@rcamper.it](mailto:info@rcamper.it)

P.IVA 06628690486

Iscrizione ISVAP n. A000548440 del 03/05/2016

**OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE DI MANCATA RICEZIONE O SMARRIMENTO TITOLO DI POLIZZA**

POLIZZA N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TARGA VEICOLO: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

di non essere mai venuto in possesso del titolo di polizza

di non essere più in possesso del titolo di polizza

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che non ha mai ceduto a terzi detta documentazione e s'impegna a tenervi sollevati ed indenni da qualsiasi azione o pretesa che possa esservi avanzata nei vostri confronti da terzi in dipendenza della polizza smarrita.

Si obbliga inoltre a farvi immediata restituzione della documentazione qualora avesse a rientrare in possesso della stessa.

Si allega una copia del documento d'identità in corso di validità.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003, come modificato dal Reg. UE 2016/679 (GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_