



AZIENDA AUTONOMA DI STATO

PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO – Via A. di Superchio, 16 – 47893 CAILUNGO (B-5)

Tel. 0549 883700 – Fax 0549 883720 – e-mail: info@aass.sm – www.aass.sm

Cod.Op. Econ. SM 02463



MODULO ADESIONE

ASSICURAZIONE PERDITE OCCULTE DI ACQUA

Io sottoscritto _____ ISS/COE _____

Residente in Via/Strada: _____ N° _____ Località: _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Intestatario dell'utenza Servizio Acqua con Codice contratto n. _____,

comunico la mia adesione

alla polizza di assicurazione "Perdite occulte d'acqua" stipulata tra Azienda Autonoma di Stato per i Servizi Pubblici e la Società Cattolica di Assicurazione.

Dichiaro di accettare

Le condizioni indicate nella polizza consultabile sul sito all'indirizzo seguente:

<https://www.aass.sm/site/home/ciclo-idrico/assicurazione-perdite-occulte-acqua.html>

Firma

San Marino, li _____
