



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



San Marino, li _____

MODULO ADESIONE **ASSICURAZIONE PERDITE OCCULTE DI ACQUA**

Io sottoscritto _____ ISS/COE _____

Residente in Via/Strada: _____ N° _____

Località: _____

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 web www.aass.sm/site/home/ciclo-idrico/assicurazione-perdite-occulte-acqua.html.

Firma
