



Mod. AMS 17

Compilare attentamente e inviare copia sottoscritta in stampatello leggibile

AUTOCERTIFICAZIONE POSIZIONE ASSICURATIVA VEICOLO (compilare per ciascun veicolo)

Il/la sottoscritto/a _____ (cognome) (nome) o (in qualità di
rappresentante legale/procuratore/institore della società) _____
nato a il _____ e residente a _____
in _____ sotto la mia responsabilità,
consapevole delle conseguenze di legge per dichiarazioni inesatte che il veicolo intestato a me/stesso /nucleo
famigliare Targato _____ Marca _____ Modello _____

DICHIO

proviene da altra polizza :

- 1 nome compagnia _____
2 scadenza _____

non circolante dal _____ ad oggi.

Io sottoscritto consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci e/o uso di documenti o atti falsi, richiamate dal DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la mia responsabilità dichiaro e confermo che le attestazioni di cui sopra e la documentazione allegata corrispondono al vero.

Data e luogo _____

In fede Firma
