

# NO CLAIM DECLARATION DICHIARAZIONE POLIZZA RC PROFESSIONALE

Il sottoscritto (scrivere in stampatello):

Dichiara che agli effetti di quanto disposto dagli Art. 1892-1893-1894 C.C. ad oggi 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 a lui imputabile.

Data:

Timbro e firma dell'Assicurato: \_\_\_\_\_

## **IMPORTANTE**

**QUESTA DICHIARAZIONE AVRA' VALORE AI FINI ASSICURATIVI SOLO SE COMPILATA SU CARTA  
INTESTATA o se in presenza di TIMBRO e FIRMA qui sopra.**