

da restituire alla

**GRAZER WECHSELSEITIGE VERSICHERUNG AG**  
Direzione Commerciale per l'Italia  
Wasagasse 11/10  
A-1090 WIEN (Austria)

## DICHIARAZIONE DI SMARRIMENTO

**POLIZZA N. \_\_\_\_\_**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

Contraente e/o Beneficiario del contratto di assicurazione identificato dal numero di polizza sopra indicato, dichiaro con la presente di avere smarrito l'originale del documento di polizza (=certificato di assicurazione).

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del contraente

Verifica dell'identità (Visto firma) che deve essere apposta obbligatoriamente da un'Intermediario Assicurativo autorizzato dalla Compagnia o da una filiale di una qualsiasi Banca italiana al fine della validità della presente dichiarazione.

Nominativo del soggetto  
che rilascia il benefirma

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_