

CONTRAENTE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP, CITTA' (PROV) \_\_\_\_\_

SE IL CONTRAENTE È UNA SOCIETA' INDICARE IL NOME DEL TECNICO

ASSEVERATORE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

N° DI POLIZZA : (IPAS) \_\_\_\_\_

PERIODO DI COPERTURA : dalle ore 24.00 del (gg/mm/aaaa)  
alle ore 24.00 del 31/12/2022

RETROATTIVITÀ : 5 anni antecedenti alla data di decorrenza di polizza

POSTUMA : Decennale

TIPO DI ASSEVERAZIONE (spuntare una delle due opzioni):

**SUPERBONUS 110% (ECO E SISMA)**

**ALTRI BONUS MINORI DIVERSI DAL 110%**

**IMPORTO DELL'INTERVENTO**

**OGGETTO DELL'ASSEVERAZIONE:** \_\_\_\_\_

**COMMITTENTE** : \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE E UBICAZIONE  
DELL'INTERVENTO** : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quanto sopra regolamentato dalle Condizioni Generali e/o Condizioni Particolari ed Aggiuntive del contratto stesso. Tale dichiarazione non modifica in alcun modo le condizioni della polizza.

Fermo il resto.

**Il Contraente**

**Il presente modulo dovrà essere editato, non verrà presa in considerazione la compilazione manuale. Non sarà possibile effettuare alcuna modifica dopo l'emissione del certificato.**