

Spett.le **Ufficio di Rappresentanza**  
**di " ROMA CENTRO "**  
**Cottini Servizi Assicurativi**  
Via Abruzzi, 3 (Sc. B / 6° Piano)  
00187 - Roma  
Tel 06.42103040/50  
Fax. 06.42103030

**Fac-simile di richiesta copertura assicurativa**

Si richiede la copertura, come da convenzione, relativa alla polizza N° **280002200** per il seguente periodo:

Dalle ore	Del giorno	Alle ore	Del giorno	Totale giorni	GARANZIA BASE*	FORMULA COMPLETA*

\*indicare quale copertura si desidera applicare

ELENCO PERSONE ASSICURATE				
	Cognome	Nome	Data di nascita	Tot.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**N.B:**

- 1) A tale richiesta deve essere allegata copia titoli di viaggio di TRENITALIA S.P.A., relativi all'iniziativa oggetto della copertura.
- 2) La scelta del pacchetto assicurativo (Garanzia Base o Garanzia Base + Opzione) va effettuata per l'intero gruppo turistico e non in maniera individuale.

li \_\_\_\_\_ , gg/mm/yyyy

Per accettazione  
Ferrovie dello Stato SpA