Modulo di denuncia sinistro

MAPFRE | ASSISTANCE
Your life. Our world

Documentazione da inviare a petinsurance@mapfre.com entro e non oltre 30 giorni dal verificarsi dell'evento.

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e nome assicurato: _____ codice fiscale: /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Indirizzo residenza: _____ n° telefono _____

E-mail: _____ Nome Polizza: _____ n° di polizza _____

Coordinate bancarie complete (iban): __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__