

GERMANDAT DE SANT JOAN  
BAPTISTA DE SANT CELONI,  
MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL A  
PRIMA FIXA  
CL Diputació 34 (Ed. Hospital Sant  
Celoni), 08470, SANT CELONI

En ..... a ..... de ..... del .....

Muy Sres. míos,

Por el presente documento, solicito el certificado de siniestralidad que comprenda todo el periodo en el que he mantenido relación con esta, vuestra aseguradora.

Reciban un cordial saludo,  
Atentamente:

Don/Doña: .....

Con Nº de DNI: .....