

Denuncia di infortunio / malattia

Pol. n° _____

CONTRAENTE

Cognome e nome / Ragione sociale _____

Codice fiscale / Partita IVA _____

Indirizzo di residenza / Sede legale _____

Telefono _____ E-mail _____

ASSICURATO (se diverso dal contraente)

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Telefono _____ E-mail _____

Iban _____

Intestatario _____ Banca _____

DICHIARO che il giorno _____ alle ore _____

All'indirizzo _____

Descrizione Evento

Verbale P.S. dell'ospedale _____

Data accesso _____ Diagnosi _____

ALLEGATI:

☐

Certificati medici

☐

Spese mediche

☐

Verbale P.S.

☐

Altro

Luogo e data _____ Firma _____