

Ramo Malattia

Polizza N. .... Intermediario Montani Marco Ag. Fermo ..... cod. 825

ASSICURATO

Cognome e nome..... C.F. ....

Residenza ..... Telefono.....

- Si allegano:

cartella clinica n°.....  fatture n°.....  certificati medici n°.....

Seguirà altra documentazione: Sì  No

- Se Sì:

cartella clinica per ricovero (struttura.....)  diario operatorio (struttura.....)

fatture per esami diagnostici / visite specialistiche  certificati medico curante / prescrizioni

fatture per altre spese indennizzabili

Le prestazioni sanitarie per le quali seguirà altra documentazione sono:

già state effettuate  già state fissate per la data.....

**Il sottoscritto dichiara di aver risposto alle precedenti domande in modo completo e veritiero e si fa garante dell'esattezza delle indicazioni fornite.**

Coordinate bancarie in caso di sinistro indennizzabile:

**Bonifico bancario**

C/c intestato a:.....della banca.....

**Coordinate in formato IBAN IT | | | | | |**

(Nel momento in cui ci siano delle variazioni, l'Assicurato si impegna a comunicare tempestivamente le nuove coordinate bancarie).

Data.....

Contraente/Assicurato

.....

