

Ramo Malattia

Polizza N. Intermediario Montani Marco Ag. Fermo COD. APE

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

.....

