

Nome ditta assicurata

Spett.le
Allianz S.p.a.
Polo RSM Torino
Via Vittorio Alfieri 22
10122 Torino

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA MALATTIA STIPULATA DA

POLIZZA :

- Persona per la quale si richiede il rimborso

.....

DATI ASSICURATO :

nome e cognome capo nucleo

-
- Nato a :
 Il :
 Residente a:
 In Via:
 C. fiscale:
 Tel:

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- Copia cartella clinica completa
 Eventuali referti medici
 Spese mediche documentate in originale
 Modulo privacy

 Seguirà ulteriore documentazione

Riferimenti agenzia o broker:

città

indirizzo

telefono

referente ag

Codice Iban assicurato:

Data

firma denunciante
