

SINISTRO INFORTUNI - MALATTIA

Contraente/Assicurato:

Domicilio:

Tel. Casa:

Cellulare:

Ufficio:

Professione:

E-mail:

INFORTUNI

Data:

Luogo:

Descrizione dell'infortunio e delle lesioni subite:

Allegare certificazione medica attestante la diagnosi delle lesioni ed il periodo di totale e/o parziale inabilità.

MALATTIA

- Inviare tutta la documentazione medica attestante la diagnosi della malattia in originale (certificati, cartelle cliniche, fatture, ecc.)

Eventuali annotazioni:

Data

(Firma dell'Assicurato/Contraente)