

FACSIMILE DENUNCIA MALATTIA/RICOVERO

RACCOMANDATA A.R.

Spett. Compagnia

Agenzia _____
Via/piazza _____ n. _____
Cap. _____ Città /Provincia _____

OGGETTO: Denuncia di sinistro malattia su Polizza n. _____ Contraente: _____

La presente per comunicare che il giorno ___ / ___ / ____ alle ore _____ il signor _____, assicurato con la polizza in oggetto, è stato ricoverato presso la struttura sanitaria (nome struttura) _____ sita in (Città) _____, (Via) _____ per (descrivere la causa del ricovero) _____.

Allego alla presente la seguente certificazione medica necessaria (* da fornire in uno alla denuncia) :

- 1) *Cartella clinica in copia conforme all'originale;
- 2) * Referti e/o accertamenti diagnostici inerenti la patologia e precedenti al ricovero;
- 3) _____ ;

Rimango in attesa di conoscere il numero di pratica assegnato al sinistro ed il numero telefonico dell'ufficio a cui è assegnata la pratica.

Cordiali saluti.
(firma Contraente)

Luogo, _____ Data, _____

Mittente:
Nome e Cognome: _____
Via/piazza _____ n. _____
Cap. _____ Città/ Provincia _____