

## Avviso di sinistro: malattia individuale

Polizza n.	
Compagnia assicurativa	
<b>1. Contraente</b>	
Cognome, nome/azienda	
Via	
NPA, luogo	
Telefono	
Indirizzo e-mail	
È assoggettato/-a al pagamento dell'IVA?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> conteggio forfettario
N. IVA	
<b>2. Persona ammalata</b>	
Cognome, nome/azienda	
Data di nascita	
Stato civile	
N. AVS	
Indirizzo	
Telefono privato	
N. del conto bancario/postale	
Banca/filiale	
<b>3. Malattia</b>	
Genere di malattia	
Durata probabile	
Inizio del trattamento medico	
Nome e indirizzo del medico curante	
Il paziente ha già sofferto della stessa malattia?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Quando?	
Chi era il medico curante?	
<b>4. Altre assicurazioni</b>	
Esistono altre assicurazioni per il caso Ulteriori?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì, indicare la compagnia e il n. di polizza	
Vengo assicurate le spese di cura?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

### 5. Versamento

Cognome, nome, indirizzo	
N. del conto postale o bancario	
Banca/filiale	

### 6. Firma

Luogo, data	
Firma	

Il/la sottoscritto/-a autorizza la società ad richiedere a altri assicuratori o a terzi informazioni concernenti il sinistro e a prendere visione di tutti gli atti ufficiali e giudiziari in relazione al sinistro. Il/la sottoscritto/-a consente che la società trasmetta, nella misura necessaria, ad altri assicuratori, più precisamente ai coassicuratori in Svizzera e all'estero, dati inerenti al sinistro. La compagnia di assicurazioni non è vincolata a eventuali dichiarazioni di responsabilità rilasciate dal contraente.

Testo aggiuntivo:

Inviare

Stampare

