

.....

Spett.le
Agenzia Cattolica Assicurazioni

RICHIESTA DI INDENNIZZO PER LA GARANZIA INDENNITARIA

Polizza n°

Vi comunico che in data (oppure dal al)
presso

sono stato sottoposto ad un intervento chirurgico:

- in regime ambulatoriale
- in regime ospedaliero (anche day surgery)

Tipologia di intervento:
.....
.....
.....

sono stato ricoverato

a seguito di:

- infortunio professionale causato da
- infortunio extraprofessionale causato da
- malattia tipologia
- parto

Allego la seguente documentazione medica:

- originale** della cartella clinica **integrale**
- originale** degli esami medici eventualmente eseguiti

Vi comunico i miei dati e recapiti:

Cognome e nome

Abitazione: indirizzo

n° di telefono o cellulare

Luogo di lavoro: indirizzo

n° di telefono

C/C n° ABI CAB

L'ASSICURATO

.....

