

.....  
Spett.le  
Agenzia Cattolica Assicurazioni

**RICHIESTA DI INDENNIZZO PER LA GARANZIA MALATTIA PRIMARIA (CRITICAL ILLNESS)**

Polizza n° .....

Vi comunico che in data .....

1. mi è stata diagnosticata la seguente malattia:

- coma
- ictus cerebrale
- infarto del miocardio
- insufficienza renale
- malattia del motoneurone
- malattia di Alzheimer
- morbo di Parkinson
- sclerosi multipla
- trapianto d'organo
- tumore maligno

2. ho subito il seguente infortunio .....

.....  
.....  
.....

che ha avuto come conseguenza una:

- invalidità permanente da infortunio professionale (garanzia aggiuntiva)
- invalidità permanente da infortunio extraprofessionale (garanzia aggiuntiva)

Allego la seguente documentazione medica:

- originale** del parere medico rilasciato
- 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

.....

