



LP Mediazioni

Via Madama Vincenza, 2
81030 - Teverola (CE)
Tel.: 081.277.11.19
Fax: 081.011.36.82

Mail: info@lpmediazioni.it
Web: www.lpmediazioni.it
N. Iscr. Ivass: E000387464

Polizza n.	Agenzia
------------	---------

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (da utilizzare per garanzie Malattie)

CONTRAENTE: _____

Domicilio (via e n. civico) _____ CAP _____ Comune _____

ASSICURATO (indicare il soggetto cui si riferisce)

Cognome e Nome _____ Rapporto con il contraente _____

Richiesta di indennizzo per le seguenti garanzie (barrare la casella interessata)

RIMBORSO SPESE SANITARIE

INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO

ALTRO:

Altre assicurazioni in corso per gli stessi rischi ? (se SI, indicare la Compagnia e il numero di polizza)

NO SI _____

Pregasi allegare:

- Tutta la documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa;
- Documentazione di spesa in originale più fotocopia di ciascuna fattura, ricevuta ecc...

Se la richiesta si riferisce al familiare di un nucleo assicurato allegare il certificato di stato di famiglia

ANNOTAZIONI: _____

Recapito telefonico e domicilio dell'assicurato

n.tel. casa	n.tel. ufficio	n.tel. cellulare
Domicilio	CAP	Comune

Per il rimborso mediante accredito in conto corrente bancario fornire le seguenti indicazioni:

Banca	ABI	CAB	n.conto
-------	-----	-----	---------

....., li firma dell'Assicurato