

DENUNCIA DI MALATTIA

Compagnia _____ Sinistro N. _____ Polizza N. _____

Data Sinistro _____ Avvenuto a _____

Assicurato _____

Indirizzo (Via, CAP, Città) _____

Cellulare _____ E-mail _____

Assicurato: _____

Indirizzo (Via, CAP, Città) _____

Osservazioni

Località e data

Firma

Trescore Balneario, _____