

## 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

Trescore Balneario, \_\_\_\_\_

Firma