



ASSOCIAZIONE
FUNZIONARI
AVIAZIONE
CIVILE



Polo R.S.M.
VIA ALFIERI 22
10121 TORINO

Polizza n° OPZIONE A OPZIONE B

CONTRAENTE

ASSICURATO (cognome e nome).....

INDIRIZZO CAP

CITTA' PR

RECAPITO TELEFONICO

INDIRIZZO E-MAIL

Cod. fisc. _____

Coordinate bancarie **FORMATO IBAN** :

PAESE	CK	CIN	ABI	CAB	C/C
IT	___	___	_____	_____	_____

Persona assicurata per la quale si richiede il rimborso della prestazione erogata

Cognome e nome :

Data di nascita:

ASSICURATO FAMILIARE AFFILIATO

AVVERTENZE:

- Allegare certificato di **DIAGNOSI DELLA MALATTIA**
- In caso di ricovero allegare Copia della Cartella Clinica

- n° fatture in copia
- Diagnosi della malattia in copia
- Copia della cartella clinica (per tutte le prestazioni relative ai ricoveri)
- altro.....
- SINISTRO COLLEGATO A GARANZIA DIRETTA CLINICA AMICA
- SI DICHIARA DI NON POSSEDERE ULTERIORI COPERTURE RAMO MALATTIA
- SI POSSIEDE ULTERIORE COPERTURA RAMO MALATTIA POLIZZA n°.....

COMPAGNIA

il presente modulo, nonché l'informativa privacy e richiesta di consenso allegate, devono essere firmati sia dal dipendente denunciante sia dal familiare per il quale è richiesto il rimborso (per i minori deve firmare chi esercita la patria potestà)

Data Firma (del dipendente)

Nome e cognome del familiare interessato Firma