

Assigall Srl
☎ 0331 790133
✉ sinistri@assigall.it
📞 340 8866999

DENUNCIA MALATTIA

Compagnia _____

Polizza N. _____

Data Sinistro _____ Avvenuto a _____

Contraente (nome, cognome e C.F.) _____

Indirizzo (via, cap, città) _____

IBAN – Banca _____

Cellulare _____

E-mail _____

Assicurato (nome, cognome e C.F.) _____

Indirizzo (via, cap, città) _____

Descrizione
del sinistro

- Si allegano certificazioni mediche del pronto soccorso

Località e data

In Fede

NB: Affinché si possa procedere ad una corretta apertura del sinistro, il modulo deve essere compilato in ogni campo.