

Nome – Cognome _____
Indirizzo _____
CAP - Città – PV _____
Tel. Abitazione _____
/Ufficio/Cellulare _____

Spettabile
ASSIMEDICI
Viale di Porta Vercellina 20
20123 MILANO MI

INVIARE VIA FAX A: Galasso Insurance Broker 0831.584022
o via mail a sinistri@galassoinsurancebroker.it

OGGETTO: Denuncia sinistro su polizza DIFESA LEGALE

Pol. Numero _____ **Compagnia:** _____

Con la presente Vi comunico di aver ricevuto in data |__| |__| |____|

|__| informazione di garanzia, |__| atto di citazione, |__| richiesta risarcimento danni,
|__| richiesta relazione clinica da parte della Direzione Sanitaria/Clinica Privata
relativa al paziente Sig. _____

|__| ricoverato
|__| visitato
|__| deceduto il |__| |__| |____| presso: |__| ospedale |__| studio

Ospedale _____

Legale scelto dall'assicurato:

Nome- Cognome _____
Indirizzo Studio _____
CAP - Città _____
Tel – Fax – E-mail _____
Indicazione P.IVA _____

Si allega la seguente documentazione:

- |__| informazione di garanzia, |__| atto di citazione |__| richiesta risarc. danni,
|__| richiesta relazione clinica da parte della Direzione Sanitaria
- |__| relazione dettagliata sul caso clinico
- |__| nomina del legale prescelto

N.B. Qualora l'assicurato entrasse in possesso della documentazione nei giorni successivi alla denuncia del sinistro, dovrà provvedere ad inviarla immediatamente.

Luogo e data

(firma contraente)