

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

Spettabile
GALASSO INSURANCE BROKER
Via Dalmazia, 43
72100 Brindisi

INVIARE VIA FAX ALLO 0831.584022
o via mail a sinistri@galassoinsurancebroker.it

OGGETTO: Denuncia sinistro su polizza RC PROFESSIONALE

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 _____

Breve descrizione dell'accaduto: _____

Si allega la seguente documentazione:

- |__| informazione di garanzia,
|__| atto di citazione
|__| richiesta risarcimento danni,
- |__| richiesta relazione clinica da parte della Direzione Sanitaria
- |__| relazione dettagliata sul caso clinico

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)