

.....
Spett.le
Agenzia Cattolica Assicurazioni

RICHIESTA DI INDENNIZZO PER LA GARANZIA MALATTIA PRIMARIA (CRITICAL ILLNESS)

Polizza n°

Vi comunico che in data

1. mi è stata diagnosticata la seguente malattia:

- coma
- ictus cerebrale
- infarto del miocardio
- insufficienza renale
- malattia del motoneurone
- malattia di Alzheimer
- morbo di Parkinson
- sclerosi multipla
- trapianto d'organo
- tumore maligno

2. ho subito il seguente infortunio

.....
.....
.....

che ha avuto come conseguenza una:

- invalidità permanente da infortunio professionale (garanzia aggiuntiva)
- invalidità permanente da infortunio extraprofessionale (garanzia aggiuntiva)

Allego la seguente documentazione medica:

- originale** del parere medico rilasciato
- originale** della cartella clinica **integrale**
- originale** degli esami medici eventualmente eseguiti

Vi comunico i miei dati e recapiti:

Cognome e nome

Abitazione: indirizzo

n° di telefono o cellulare

Luogo di lavoro: indirizzo

n° di telefono

C/C n° ABI CAB

L'ASSICURATO

.....

