PrAssIs
Previdenza e Assicurazione Iscritti

Polizza dei primi 30 giorni: modulo di segnalazione disservizio

Nome _____ Cognome _____

Telefono _____ E-mail _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Attività professionale svolta

☐ Assistenza primaria
☐ Continuità assistenziale
☐ Emergenza sanitaria territoriale

Tipo evento

☐ Malattia ☐ Infortunio professionale ☐ Infortunio extraprofessionale

Data accadimento del sinistro: _____ / _____ / _____

Data denuncia dell'evento: _____ / _____ / _____

Data di risposta della Compagnia: _____ / _____ / _____

n. giorni di assenza _____

Numero sinistro assegnato dalla Compagnia _____

Elencare i documenti già inviati alla Compagnia:

_____

_____

_____

Motivo della segnalazione

_____

_____

_____

Per una migliore gestione della sua richiesta, le anticipiamo che Pr.Ass.Is. potrà richiederle copia della documentazione inviata alla Compagnia.

trasmissione del modulo

il presente modulo potrà essere inviato:

- via email a prassis@fimmg.org
- via fax al numero 06.54.89.62.66

LUOGO E DATA _____ , _____ / _____ / _____ **FIRMA** _____

FIRMA QUI