

MODULO DI DENUNCIA DELL'INFORTUNIO O DELLA MALATTIA

Spett.le
Allianz S. p. A.
Via Zarotto 94
43126 PARMA

OGGETTO: polizza sanitaria

Il/La sottoscritt_.....

- DIPENDENTE
- PENSIONATO

della Società del Gruppo Bancario Cariparma Crédit Agricole chiede l'attivazione della polizza in oggetto:

- per sé
- per il familiare
Cognome e nome.....
data di nascita.....
relazione di parentela.....
residente anagraficamente.....
residente di fatto.....
stato civile.....
familiare a carico (SI O NO)*.....

e trasmette quanto segue (barrare la fattispecie che si intende trasmettere)

- certificato di ricovero
- cartella clinica
- n.....fatture (o ricevute fiscali) in originali, in quanto di importo superiore a €1.000,00
- n..... copia delle fatture o delle ricevute fiscali in quanto di importo non superiore a € 1.000,00
- certificato del medico curante
-

Per eventuali chiarimenti e precisazioni comunica quanto segue indirizzo:

Via.....CAP.....Comune.....
Prov.....ufficio di appartenenza.....telefono abitazione.....
telefono ufficio.....

***In caso di richiesta di attivazione della polizza per dipendenti o familiari fiscalmente a carico e familiari fiscalmente non a carico è necessario compilare due moduli distinti.**
altre comunicazioni

.....
.....

e autorizza il rimborso di cui alla presente richiesta:

- sul conto corrente sul quale vengono accreditate le competenze mensili;
- (in mancanza dell'ipotesi in cui alla linea precedente) sul c/c nr.....filiale.....intestato a.....

In fede

Data

Firma

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata.