Spettabile
GENERAL BROKER SERVICE S.p.a.
Via A. Bargoni, 8
00153 R O M A

POLIZZA SANITARIA N. 46478746 RAS
SOCI BANCA POPOLARE DI APRILIA

DATA ACCADIMENTO:	DATA DENUNCIA:
NOMINATIVO SOCIO:	DATA DI NASCITA:

Recapito Telefonico: Ufficio ______________________
Abitazione ______________________

PERSONA ASSICURATA:
Barrare se: [ ] socio [ ] coniuge [ ] figlio/a [ ] altro familiare

COGNOME E NOME:
DATA DI NASCITA:

Avvertenze:

- compilare una richiesta separata per ogni persona e per ogni malattia;
- le ricevute di spesa vanno allegate in originale e in fotocopia le prescrizioni mediche, e vanno elencate possibilmente in ordine cronologico;

n. fatt.	data fatt.	Percettore	Importo

Si allega: [ ] cartella clinica [ ] fatture originali

[ ] diaria sostitutiva per il ricovero dal ________________ al ____________________

Si prega accreditare il rimborso del sinistro sul c/c intestato a ____ presso la Banca ____

Coordinate bancarie in formato IBAN:
|I|T|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Firma ________________________________