

Richiesta di Rimborsso Integrativa FASDAC

MITTENTE:

(Cognome e nome)

(Indirizzo)

C.A.P. Località

EMAIL: sinistri@assidir.it

**Spettabile
ASSIDIR SRL
VIA A. STOPPANI, 6
20129 MILANO**

Oggetto: richiesta di rimborso spese mediche su Polizza Integrativa FASDAC

Il /la sottoscritto/a

telefono..... e-mail.....

assicurato/a con polizza n.

Intestata a

richiede il rimborso delle spese mediche allegando:
(a- distinta di liquidazione FASDAC e copia di tutta la documentazione medica con prescrizioni e diagnosi)
(b- copia conforme all'originale con l'indicazione della quota a carico del Dirigente con prescrizioni e diagnosi)

(3) Copia conforme all'originale con finalizzazione della quota di carico del Dingone con prescrizioni:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Si prega di voler bonificare il rimborso alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN (27 CARATTERI) =

Intestato a =

Codice Fiscale (dell'intestatario) =.....

Luogo e data

Firma