

# Richiesta di Rimborso Integrativa FASDAC

MITTENTE:

.....  
(Cognome e nome)

.....  
(Indirizzo)

.....  
C.A.P.

.....  
Località

EMAIL: [sinistri@assidir.it](mailto: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)

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 .....