

DENUNCIA SINISTRO SU GARANZIA
“RICOVERO OSPEDALIERO”
PER POLIZZA “LE RATE PROTETTE”

La denuncia deve essere inviata a CAES Italia, entro 15gg dall'evento, in uno dei seguenti modi:

- a mezzo posta (Via Gavirate 14 – 20148 Milano)
- a mezzo mail: arealiquidativa@consorziocaes.org

SI PREGA DI COMPILARE OVE RICHIESTO

Il sottoscritto (nome e cognome):

Indirizzo:.....

Telefono Mail:

Polizza n.

Codice IBAN

DENUNCIA QUANTO SEGUE

IL GIORNO/...../.....

ALLE ORE

IN LOCALITA' (comune e via)

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SI ALLEGA ALLA PRESENTE:

- copia della cartella clinica attestante la diagnosi e il periodo effettivo di ricovero (nel caso non fosse disponibile: certificato rilasciato dall'Istituto di Cura attestante la diagnosi ed il periodo di effettivo ricovero)

Data e Firma del denunciante

Consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto, ricevuta l'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Codice della privacy - d.lgs. 30.6.2003, n. 196 – Art. 13, e successive modifiche, ed al Regolamento UE 679/2016 sul trattamento dei dati personali – Art. 13, e successive modifiche, presta il proprio consenso per il trattamento e la comunicazione dei dati personali e sensibili, al fine esclusivo di consentire la gestione del sinistro per le prestazioni costituenti oggetto della garanzia.

Data e Firma

La Società si riserva in ogni caso il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione della richiesta di indennizzo.