

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO

RACCOMANDATA

Spettabile
Arca Assicurazioni
Servizio Clienti - Diaria Ricovero
Via San Marco, 48
37138 VERONA

PRODOTTO

INSALUTE DIARIA RICOVERO N. DI CONTRATTO _____

CONTRAENTE

COGNOME E NOME _____

DOMICILIO _____

NUMERO DI TELEFONO _____

GARANZIA

RICOVERO

GESSATURA

OCCORSO A: ASSICURATO/A _____

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

Istituto di cura presso il quale è avvenuto il ricovero, l'intervento chirurgico o l'accertamento _____

Motivo del ricovero, dell'intervento chirurgico o dell'accertamento _____

Data di ingresso _____ Data di dimissione _____

Eventuali osservazioni _____

DOCUMENTAZIONE

- CARTELLA CLINICA (da allegare sempre in caso di ricovero) - ALTRO: _____

COORDINATE BANCARIE

C/C sul quale Arca Assicurazioni può effettuare il pagamento dell'indennizzo:

Banca ABI _____ CAB _____ C/C _____

intestato a: _____

Località _____

Data _____ Firma dell'Assicurato o di chi ne ha la potestà _____