

Da spedire entro dieci giorni dall'inizio della malattia

Oggetto: Denuncia di malattia

Raccomandata

Spett.le Assicurazione AIG Europe
G.P.A. Servizio medici pediatri
Via M. Gioia, 124
20125 **MILANO**

Tel. 02 676281
Fax 02 6695245

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

Pediatra di Base, comunica, ai fini del relativo rimborso, di essere ammalato dal _____.

Allega certificazione medica riportante diagnosi e prognosi.

Il sottoscritto dichiara che durante il periodo di malattia sarà reperibile presso il seguente indirizzo:

Data _____

Firma _____

All. certificazione medica