

IMPRESA ASSICURATRICE _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

cittadino/a _____ residente a _____

in via _____ n. _____

in qualità di _____ dell'impresa assicuratrice _____

attesta che:

l'assicurazione sanitaria del Sig. / della Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

- E' valida in Italia
- Prevede la copertura integrale dei rischi sanitari (art. 7, comma 1 – lettere b) e c) del Decreto Legislativo 30/2007)
- Nella Polizza sono indicate le formalità da seguire per la richiesta del rimborso
- Data di decorrenza _____
- Data di scadenza _____
- Indicare gli eventuali familiari coperti e il grado di parentela

Data _____

Firma e timbro dell'Impresa Assicuratrice

N.B. Allegare fotocopia documento di riconoscimento del dichiarante