

Richiesta di prestazioni (indennità giornaliera di ospedalizzazione, caso di cura, ecc.) Previdenza privata

Contraente/persona assicurata

Nome	<input type="text"/>	Prodotto assicurativo	Indennità giornaliera di ospedalizzazione
Cognome	<input type="text"/>		Assicurazione di cura
Via/n°	<input type="text"/>		Assicurazione in caso di necessità di cure
NPA/luogo	<input type="text"/>	Causa	Malattia Infortunio
Stato	<input type="text"/>		Maternità
Data di nascita	<input type="text"/>		
N° cellulare	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		

Motivazione della prestazione

Descrizione particolareggiata

Nome, indirizzo del medico/ospedale che può dare informazioni in proposito

Nome, indirizzo del medico di famiglia

Firma

Con la Sua firma Lei conferma che le informazioni che ha fornito a Pax sono complete e veritiere.

Luogo/data	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
Nome/cognome in stampatello	<input type="text"/>		

