

MODELLO SINISTRO

Il sottoscritto genitore/tutore (cognome e nome) _____

Del minore (cognome e nome) _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Tel. _____ Mail _____

Si impegna in relazione all'evento accaduto in data.....
presso la struttura.....

- nel caso in cui, a seguito di tale accadimento il minore sia dovuto ricorrere a cure mediche (Es. Pronto soccorso, cure odontoiatriche, cure estetiche etc.) e/o abbia sostenuto spese mediche/farmaceutiche a presentare entro 30 giorni a:

Aldia Cooperativa Sociale
Via C. Ferrini 2, 27100, Pavia (PV) Tel
0382/529444 – Fax 0382525614
Mail: sara.cremaschi@aldia.it

1. La documentazione medica è indispensabile per l'apertura del sinistro sulla polizza stipulata dalla Cooperativa (Es. certificato di Pronto Soccorso, certificato di ricovero, certificato medico attestante la presenza di postumi permanenti) e/o ogni altra documentazione utile per l'eventuale rimborso di spese mediche/farmaceutiche sostenute a seguito del sinistro

Data _____

Firma _____