

Spett.  
Progeass s.r.l.  
Borgo Wuhrer, 137  
25123 Brescia

### DENUNCIA DI SINISTRO RIMBORSO SPESE MEDICHE

Contraente:		
Compagnia:		
Polizza n.:		Scadenza:

Identificazione assicurato:	Cognome e Nome:	
	Nato a:	Il:
	Indirizzo:	
Rapporto con il Contraente:		
Descrizione:		
Note:		
Allegati:		

In \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il Denunciante

\_\_\_\_\_