

IMPRESA ASSICURATRICE _____

Si attesta che l' assicurazione sanitaria del/della Sig./Sig.ra _____

nato/a il _____ a _____

- E' valida in Italia
- Prevede la copertura delle cure essenziali e/o urgenti, ancorchè continuative
- 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
