

IMPRESA ASSICURATRICE _____
(INSURANCE COMPANY)

Si attesta che l'assicurazione sanitaria del sig. _____
(We declare that the health insurance of Ms/Mr.)

Nato il _____ a _____
(born on) (in)

- E' valida in Italia (Is valid in Italy)
- Prevede la copertura delle cure essenziali e/o urgenti, ancorchè continuative (Covers the expenses of essential and the emergency treatments, also when provided on a regular basis)
- Nella polizza sono indicate le formalità da seguire per la richiesta di rimborso (The policy contains the guidelines for reimbursement)
- Data di decorrenza _____
(Starting date)
- Data di scadenza _____
(Expiry date)
- Indicare gli eventuali familiari coperti e il grado di parentela
(Please give name and surname of other family members covered by the policy, if any)

Data _____
(Date)

Firma e timbro dell'Impresa Assicuratrice
(Signature and stamp of the Insurance Company)
