

Spett. G.G.L. – C.L.I.M. (Gestione sinistri polizze E.N.P.A.M.)

C.P. aperta n. 11 - Piazza San Silvestro, 19

00187 ROMA Centro

Oggetto: Polizza Sanitaria (Convenzione E.N.P.A.M.)

Sono venuto a conoscenza solo in data odierna dell'indirizzo per inviare la documentazione in oggetto.

Con la presente faccio richiesta del rimborso spese sanitarie sostenute in relazione al ricovero avuto in data

Allego:

Copia di Cartella Clinica e Fatture

Il mio indirizzo è il seguente: _____

Dott. _____

Via/Piazza _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Per ulteriori informazioni potete contattarmi al tel. _____

Sicuro di una Vostra sollecita risposta, Vi porgo i miei più cordiali saluti

Data, _____

POLIZZA SANITARIA INTEGRATIVA ENPAM

L'indirizzo per la richiesta rimborso sinistri:

Spett. G.G.L. – C.L.I.M. (Gestione sinistri polizze E.N.P.A.M.)

C.P. aperta n. 11 - Piazza San Silvestro, 19

00187 ROMA Centro

Tel.02/67398901

Documenti da produrre con raccomandata R.R.:

Copia Cartella Clinica e Fatture in originale o copia fotostatica

Dati Anagrafici

Coordinate bancarie del medico