

FORMULARIO RICHIESTA GARANZIA PRESTAZIONI CURE COMPLEMENTARI

indirizzo Assicurazione cure complementari →

Spett.

Dati dell'assicurato

Cognome e Nome

Indirizzo completo

N° polizza – contratto assicurazione cure complementari

Tipo di prestazione cure complementari
Linfodrenaggio

Già in atto

Prevista

Dati del Terapista complementare

Cognome e nome
Cavedo Alessia

Numero id
EMR J998479
NVS 7999

Società garante
EMR – ErfahrungsMedizinischesRegister
4011 Basel
NVS – Naturaerzte Vereinigung der Schweiz
9100 Herisau

×

Autorizzazione cantonale TI
al libero esercizio di
Terapista complementare

Richiesta inoltrata

Con la presente chiedo la previsione dell'entità di rimborso per le cure complementari sopraccitate in base al contratto stipulato con la vostra compagnia e la franchigia attuale.

In attesa di una vostra risposta, vogliate gradire i miei più cordiali saluti.