

POLIZZA SANITARIA PER IL CLERO - DENUNCIA DI EVENTO

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, residente a _____ telefono _____
domiciliato a _____
e facente riferimento all'Istituto Diocesano di _____ denuncia:

QUADRO A - INFORTUNIO

1 che il giorno _____ è incorso in un infortunio con le seguenti modalità: _____

QUADRO B - RICOVERO

SEZIONE I

2 che il giorno _____ è stato ricoverato presso il seguente Istituto di cura: _____
sarà ricoverato _____

Allega : **3** il certificato del medico curante attestante le cause del ricovero.

Si riserva di : **4** trasmettere la lettera di dimissioni dell'Istituto di Cura e, se richiestagli, la copia integrale della cartella clinica.

5 inviare fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute durante il ricovero.

6 inviare la documentazione delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza.

SEZIONE II

7 che dal giorno _____ al giorno _____ è stato ricoverato presso l'Istituto di cura: _____

Allega : **8** il certificato del medico curante attestante le cause del ricovero.

9 la lettera di dimissione rilasciata dall'Istituto di cura.

10 la copia integrale della cartella clinica, richiestagli espressamente da codesta Società.

11 le fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute durante il ricovero.

12 la documentazione delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza.

QUADRO B - RICOVERO

SEZIONE III

- Il sottoscritto: **13** richiede il pagamento di un acconto e allega la richiesta di acconto dell'Istituto di cura.
- 14** richiede che il pagamento dell'acconto venga eseguito direttamente a favore dell'Istituto di cura.
- 15** richiede che il rimborso delle spese sostenute venga eseguito direttamente a favore dell'Istituto di cura.

QUADRO C - PRESTAZIONI SANITARIE SPECIALISTICHE

- 16** che in data _____ si è sottoposto ad intervento chirurgico ambulatoriale
allega: certificato del chirurgo operatore o cartella clinica
 fattura delle spese sostenute
- 17** che ha avuto necessità delle seguenti prestazioni specialistiche (indicare con x quali)
- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA | <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA RADIOLOGICA | <input type="checkbox"/> COBALTOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> T.A.C. | <input type="checkbox"/> ELETTROENCEFALOGRAFIA | <input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE | <input type="checkbox"/> LASERTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER | <input type="checkbox"/> SCINTIGRAFIA | <input type="checkbox"/> TELECUORE |
| | | <input type="checkbox"/> DIALISI |
- allega: certificato del medico curante che specifichi la malattia che ha reso necessaria la prestazione specialistica
 fattura delle spese sostenute.

QUADRO D - ASSISTENZA A DOMICILIO

- 18** la necessità di assistenza medica a domicilio a decorrere dal _____
- Allega : **19** la certificazione del medico curante attestante le motivazioni cliniche e terapeutiche che determinano la necessità di sorveglianza costante da parte di personale infermieristico o di terze persone e la data dalla quale si è resa necessaria detta sorveglianza.
- 20** le fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute (compensi corrisposti alle persone che hanno fornito la sorveglianza).

Il sottoscritto, nel dichiararsi disponibile a sottoporsti, a termini delle condizioni di polizza, agli accertamenti medici ritenuti necessari dalla Società Cattolica di Assicurazione, attesta che le indicazioni che precedono sono veritiere e ne assume la piena responsabilità.

Il sottoscritto chiede che gli importi relativi ai rimborsi gli vengano riconosciuti con accredito sul c/c n.

intestato a _____

denominazione banca: _____ CODICE (ABI)

indirizzo filiale: _____ CODICE (CAB)

Data _____ Firma _____

AVVERTENZA: Il presente modulo va compilato con chiarezza completando quel/quei Quadro/i dello stesso relativo/i alla/e prestazione/i richiesta/e ed allegando tutta la documentazione specificata. Questo modulo è disponibile presso tutte le Agenzie Cattolica e presso gli Istituti Diocesani Sostentamento del Clero. In caso di denuncia il modulo va inoltrato ad un'Agenzia Cattolica a scelta del Sacerdote. Per fornire assistenza ed informazioni è stato, inoltre, istituito, presso la Sede di Verona della Società Cattolica di Assicurazione un apposito servizio telefonico al quale gli assicurati potranno utilizzare i seguenti numeri: 045/8391389/390/394.

per l'Assicurato

Si dà ricevuta che l'Assicurato _____ in data _____

ha presentato la denuncia di evento verificatasi in data _____ con allegata la documentazione indicata in corrispondenza delle caselle del modulo di denuncia di evento.

Per l'Agenzia _____