

## 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 \_\_\_\_\_