

## POLIZZA SANITARIA PER IL CLERO – DENUNCIA DI EVENTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_

e facente riferimento all'Istituto Diocesano di **TRANI-BARLETTA-BISCEGLIE**

### QUADRO A – INFORTUNIO

<input type="checkbox"/> 1	che il giorno _____ è incorso in un infortunio con le seguenti modalità: _____ _____ _____
----------------------------	--

### QUADRO B – RICOVERO

<b>SEZIONE I</b>	
<input type="checkbox"/> 2	che il giorno _____ <u>è stato ricoverato</u> presso il seguente Istituto di cura _____ sarà ricoverato _____
Allega:	<input type="checkbox"/> 3 il certificato del medico curante attestante le cause del ricovero.
Si riserva di:	<input type="checkbox"/> 4 trasmettere la lettera di dimissioni dell'Istituto di Cura e, se richiestogli, la copia integrale della cartella clinica.
	<input type="checkbox"/> 5 inviare fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute durante il ricovero.
	<input type="checkbox"/> 6 inviare la documentazione delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza.
<b>SEZIONE II</b>	
<input type="checkbox"/> 7	che dal giorno _____ al giorno _____ è stato ricoverato presso l'Istituto di cura _____
Allega :	<input type="checkbox"/> 8 il certificato del medico curante attestante le cause del ricovero
	<input type="checkbox"/> 9 la lettera di dimissione rilasciata dall'Istituto di cura.
	<input type="checkbox"/> 10 la copia integrale della cartella clinica, richiestagli espressamente da codesta Società.
	<input type="checkbox"/> 11 le fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute durante il ricovero.
	<input type="checkbox"/> 12 la documentazione delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza.

### QUADRO B – RICOVERO

<b>SEZIONE III</b>	
Il sottoscritto	<input type="checkbox"/> 13 richiede il pagamento di un acconto e allega la richiesta di acconto dell'Istituto di cura.
	<input type="checkbox"/> 14 richiede che il pagamento dell'acconto venga eseguito direttamente a favore dell'Istituto di cura.
	<input type="checkbox"/> 15 richiede che il rimborso delle spese sostenute venga eseguito direttamente a favore dell'Istituto di cura.

## QUADRO C - PRESTAZIONI SANITARIE SPECIALISTICHE

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

## QUADRO D – ASSISTENZA A DOMICILIO

<input type="checkbox"/> <b>18</b> la necessità di assistenza medica a domicilio a decorrere dal _____
Allega: <input type="checkbox"/> <b>19</b> 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.
<input type="checkbox"/> <b>20</b> le fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute (compensi corrisposti alle persone che hanno fornito la sorveglianza).

Il sottoscritto, nel dichiararsi disponibile a sottoporsi, 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. \_\_\_\_\_

_____	CODICE (CIN)	<input type="checkbox"/>
denom. banca _____	CODICE (ABI)	<input type="checkbox"/>
indirizzo filiale _____	CODICE (CAB)	<input type="checkbox"/>
Data _____	Firma _____	

**AVVERTENZA:** Il presente modulo va compilato con chiarezza completando quel/quei Quadro/i dello stesso/i 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 denuncia di evento verificatasi in data \_\_\_\_\_ con allegata la  
documentazione indicata in corrispondenza delle caselle del modulo di denuncia di evento.