

ALL'ISTITUTO DIOCESANO SOSTENTAMENTO CLERO CATANIA

POLIZZA SANITARIA PER IL CLERO - DENUNCIA DI EVENTO

Il sottoscritto nato a Il

residente a Via/P.zza tel.

in qualità di: sacerdote laico

e facente riferimento all'Istituto Diocesano di Catania, denuncia:

QUADRO A - RICOVERO

Sezione I

che dal giorno al giorno è stato ricoverato presso il seguente Istituto di cura:

.....

Allega:

- lettera di dimissione rilasciata dall'Istituto di cura;
- copia integrale della cartella clinica, se richiestagli espressamente da codesta Società;
- fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute durante il ricovero e nei 90 giorni successivi alla dimissione;
- documentazione delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza.

QUADRO B - ASSISTENZA OSPEDALIERA

che dal giorno al giorno durante il ricovero presso l'Istituto di cura ha avuto necessità di assistenza personale da parte di terze persone.

N.B. la presente garanzia è operante solo se il ricovero è stato motivato da una delle seguenti patologie:

- ictus cerebrale con paralisi anche parziale;
- infarto acuto del miocardio;
- tumore in fase terminale;
- intervento chirurgico demolitivo;
- stato preagronico o di coma da qualsiasi causa determinato.

Allega:

- lettera di dimissione rilasciata dall'Istituto di cura;
- copia integrale della cartella clinica se richiestagli espressamente da codesta Società;
- notule o distinte delle spese sostenute per garantirsi l'assistenza.

QUADRO C - PRESTAZIONI EXTRA-OSPEDALIERE

Che in data Si è sottoposto ad intervento chirurgico ambulatoriale in day hospital
Allega:

- certificato del chirurgo operatore o cartella clinica;
- fatture delle spese sostenute.

Che ha avuto necessità delle seguenti prestazioni specialistiche (indicare con x quali):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA | <input type="checkbox"/> GASTROSCOPIA | <input type="checkbox"/> SCINTIGRAFIA |
| <input type="checkbox"/> T.A.C. | <input type="checkbox"/> COLONSCOPIA | <input type="checkbox"/> COBALTOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> ELETTROCARDIOGRAFIA | <input type="checkbox"/> CISTOSCOPIA | <input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> DOPPLER | <input type="checkbox"/> UROSCOPIA | <input type="checkbox"/> LASERTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA RADIOLOGICA | <input type="checkbox"/> PACHIMETRIA | <input type="checkbox"/> TELECUORE |
| <input type="checkbox"/> ELETTROENCEFALOGRAFIA | <input type="checkbox"/> DIALISI | <input type="checkbox"/> MINERALOMETRIA OSSEA |
| <input type="checkbox"/> RISON.MAGNETICA | <input type="checkbox"/> TOPOGRAFIA CORNEALE | <input type="checkbox"/> _____ |

Allega:

- certificato del medico curante che specifichi la malattia che ha reso necessaria la prestazione specialistica;
- fattura delle spese sostenute.

QUADRO D - ACQUISTO PROTESI

Che in dataha acquistato:

- protesi articolata sostitutiva di un arto;
- protesi acustica.
- protesi oculare (successivamente ad intervento chirurgico);

Allega:

- certificato medico dettagliato sull'esordio e decorso della malattia che ha motivato l'uso della protesi;
- fattura delle spese sostenute.

N.B. Per tutte le garanzie di cui sopra è possibile inoltrare richiesta di rimborso **entro e non oltre 60 giorni** dal verificarsi dell'evento.

QUADRO E - ASSISTENZA A DOMICILIO

- La necessità di assistenza medica a domicilio a decorrere dal

Allega:

- la certificazione del medico curante attestante le motivazioni cliniche e terapeutiche che determinano la necessità di assistenza costante da parte di personale infermieristico o di terze persone e la data dalla quale si è resa necessaria detta sorveglianza;
- Le fatture, ricevute notule o distinte delle spese sostenute (compensi corrisposti alle persone che hanno fornito la sorveglianza).

Il sottoscritto chiede che gli importi relativi ai rimborsi gli vengano riconosciuti con accredito sul C/C bancario

recante il seguente codice IBAN: _____

Data

FIRMA

.....