

**Modulo per la richiesta di pagamento diretto di prestazioni sanitarie**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Nome polizza: Polizza Sanitaria per il Reverendo Clero Numero polizza: 368.30.300082

Istituto di cura convenzionato scelto: \_\_\_\_\_

Cognome e nome del medico scelto, se noto (solo per interventi chirurgici e visite specialistiche):  
\_\_\_\_\_

Patologia per cui si richiede il pagamento diretto: \_\_\_\_\_

Data prevista per la prestazione: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Tipo di prestazione:**

- Ricovero con o senza intervento chirurgico (specificare) \_\_\_\_\_  
 Intervento chirurgico ambulatoriale (specificare) \_\_\_\_\_  
 Visita specialistica (specificare) \_\_\_\_\_  
 Esame di alta diagnostica (specificare) \_\_\_\_\_  
 Trattamento terapeutico ambulatoriale (specificare) \_\_\_\_\_

**Documentazione medica allegata** (crociare una delle due opzioni)

- Copia della prescrizione del medico di base, con indicazione della patologia sospetta od accertata  
 Copia della prescrizione del medico specialista con indicazione della patologia sospetta od accertata

**Si avvisa che in mancanza di tale documentazione non si darà seguito alla richiesta.**

Il sottoscritto, coerentemente con le condizioni contrattuali definite nella copertura assicurativa:

- è a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse nelle condizioni definite nella copertura;
- autorizza la Compagnia a pagare in nome e per conto proprio le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla struttura e/o professionista medico;
- si impegna altresì a pagare direttamente alla struttura sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nelle coperture previste dalla polizza ed ogni altra spesa non compresa nella fattura della struttura sanitaria e/o professionista medico;
- si impegna a rimborsare a posteriori alla Compagnia le eventuali spese che risultassero non contemplate dalle coperture previste, ed a rimborsare direttamente alla struttura sanitaria e/o professionista medico gli importi eccedenti gli eventuali massimali/limiti annui globali o per evento, nonché gli importi relativi alle franchigie e/o scoperti eventualmente non applicati per errore.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma assicurato \_\_\_\_\_

***Il presente modulo deve essere restituito alla Centrale Operativa compilato in tutte le sue parti, firmato e con l'allegato richiesto, almeno 2 (due) giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione.***

**Fax: 015 255 9505 - MAIL: gsm.gruppoclero@mapfre.com**

***Il contatto telefonico con la Centrale Operativa può avvenire prima o dopo l'invio del presente modulo.***