

MODULO RICHIESTA PAGAMENTO DIRETTO

che l'Assistito deve inviare preventivamente per richiedere la prestazione in Network e usufruire dell'assistenza con pagamento diretto a carico della Compagnia di appartenenza

Da inoltrare a **WIT – Divisione Salute** Galleria Unione, 3 20122 Milano
E-MAIL => centrale.salute@wit-italy.com

L'Assistito con la presente fa richiesta di usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute e fatturate dalla Struttura e/o dalla equipe medica e/o professionista medico convenzionati, nel rispetto delle condizioni previste dalla Polizza sottoscritta.

A. Dati identificativi

Contraente **ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO**

DIOCESI DI MILANO

Cod. Fiscale 97042740585

Assistito (chi usufruisce delle prestazioni) _____

Data Nascita _____ Codice Fiscale dell'Assistito _____

Telefono _____ Ente di appartenenza: _____

B. Dati relativi alle Spese Mediche di cui si richiede il Pagamento Diretto

Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato) _____

Data prevista Prestazione e/o ingresso ___/___/___

Struttura Convenzionata prescelta: _____

Nominativo del medico: _____ Convenzionato: SI NO

Tipo di ricovero: (specificare con/senza intervento, ambulatoriale, ecc.) _____

Tipo di prestazione: (in caso di extraospedaliere) _____

Documentazione allegata _____

C. Dati dell'Assistito per le eventuali comunicazioni

Indirizzo _____ n° _____ CAP _____ Città _____

Provincia _____ E-mail (per eventuali comunicazioni sulla pratica) _____

Luogo e data

Firma del Contraente/Assistito

D. Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione dei rimborsi previsti dalla Polizza a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente la Compagnia, WIT Srl, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Firma del Contraente/Assistito
