

MODULO DI RICHIESTA - ATTIVAZIONE DIRETTA PRESTAZIONI SANITARIE

Contratto di Assicurazione Sanitaria con GENERASALUTE RSM

Sistema del Sostentamento del Clero – Polizza n. 410769325

Il sottoscritto _____

Matricola n° _____ nato a _____ prov. _____

il _____ residente a _____ prov. _____

Telefono: _____ Email: _____

appartenente all' Istituto Interdiocesano per il Sostentamento del Clero delle Diocesi di Roma e di Ostia, con la presente richiede l'autorizzazione e presa in carico della prestazione di seguito indicata:

- Istituto di cura convenzionato scelto:

- Cognome e nome del medico scelto:

- Patologia per cui si richiede il pagamento diretto:

- Prestazione da effettuare:

- Data prenotazione prestazione/ricovero:

- Note:

Allegare:

- Richiesta del medico curante/specialista comprensiva di diagnosi.
- Eventuali referti degli esami strumentali eseguiti.
- Preventivo di spesa, solo se richiesto dalla Centrale Operativa (numero verde gratuito 800.505.070, email attivazionidiretteicsc@generali.com).

Data: _____

Firma: _____

Inviare la presente scheda all'indirizzo email: attivazionidiretteicsc@generali.com