

Luogo e data:.....,

Spett.le
Agenzia Cattolica Assicurazioni

.....
.....
.....

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Compagnia: Cattolica Assicurazioni

Cognome e nome dell'assicurato:

Polizza n°

Sinistro n° **(da compilare a cura dell'Agenzia)**

Patologia per cui si richiede il rimborso:

C'è stato ricovero: SI NO

Se SI:

1) dal al.....

2) allego la seguente documentazione medica:

- prescrizione medica in originale e copia
- copia della cartella clinica
- n° fatture in originale e copia delle spese relative al ricovero
- n° fatture in originale e copia delle spese precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico
- n° fatture in originale e copia delle spese successive al ricovero o all'intervento chirurgico
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli esami radiologici o altro che possono essere trasmessi solamente in originale;

Se NO:

allego la seguente documentazione medica:

- originale e copia della prescrizione medica
- n° fatture in originale e copia delle spese relative al ricovero
- n° fatture in originale e copia delle spese precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico
- n° fatture in originale e copia delle spese successive al ricovero o all'intervento chirurgico
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia tranne gli esami radiologici o altro che possono essere trasmessi solamente in originale

Vi comunico i miei dati e recapiti:

Cognome e nome

Codice fiscale

Abitazione: indirizzo

n° di telefono o cellulare

Luogo di lavoro: indirizzo

n° di telefono

IBAN n°

L'ASSICURATO

.....

