

Piano Assicurativo Arcidiocesi di Milano di Cattolica Assicurazioni

# MODULO RICHIESTA DI INDENNIZZO PER INFORTUNI DEL SACERDOTE

**Inviare al numero di Fax: 045.6833739; altrimenti a E-Mail:** [***poloentireligiosi@cattolicaassicurazioni.it***](mailto:poloentireligiosi@cattolicaassicurazioni.it)

Per qualsiasi dubbio, contattare il **Numero Verde 800.604.270**

**SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE**

|  |
| --- |
| Agenzia di riferimento: **Numero Polizza:** 000368.31.300210 |
| **Parrocchia/Ente:** |
| **Città: Cod. Ente:** |
| **Cognome e nome del Parroco**: |
| ***Mail***: **Tel**.: **Fax**: |
| Nominativo del referente Parrocchiale: |
| Telefono: *Mail*: |

**DESCRIZIONE DELL’EVENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENTE PARROCCHIA** | Garanzia Infortuni del Sacerdote Rimborso spese Mediche da infortunio |

|  |  |
| --- | --- |
| Data e ora dell’evento: | Autorità intervenute: |
| Luogo dell’evento (es. edificio parrocchiale, oratorio, ecc): | |
| **Cognome e Nome SACERDOTE Infortunato:** | |
| **Indirizzo SACERDOTE Infortunato**: | |
| **Recapito telefonico SACERDOTE Infortunato:** | |
|  | |
| Causa e descrizione dell’evento: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| Conto corrente sul quale Cattolica Assicurazioni può effettuare il pagamento dell’indennizzo: |
| CODICE IBAN dell’Infortunato: |
| Intestato a: Codice Fiscale Intestatario: |

Firma del Parroco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di denuncia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vedasi retro

**documentazione richiesta al fine di istruire correttamente la pratica** (se in possesso)

**Relativamente alla Garanzia Infortunio si prega inviare:**

* Denuncia dettagliata di sinistro(Modalità, luogo, persone presenti ecc.);
* Recapiti infortunato;
* Documentazione medica (comprensiva di copia integrale di eventuali cartelle cliniche).

**Relativamente alla Garanzia Rimborso Spese Mediche si prega inviare:**

* Denuncia dettagliata di sinistro;
* Documentazione medica e originali delle spese mediche sostenute entro 120 gg dall’infortunio o intervento chirurgico.

**Qualora si rendesse necessario, per agevolare la liquidazione del danno, è facoltà della Compagnia richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata**.