ISTITUTO CENTRALE PER IL SOSTENTAMENTO DEL CLERO
ORGANISMO COLLEGATO CON LA CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA

MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PER I SACERDOTI - POLIZZA REVERENDO CLERO

Area Assicurazioni - Ufficio Polizza Sanitaria ICSC
Te. 0666521600 - Servizio attivo dal lunedì al venerdì: 9.00/13.00 - 14.30 /16.30
E-mail: raa@icsc.it

Inviare il modulo compilato con gli allegati richiesti a: raa@icsc.it
Tutta la documentazione deve pervenire in formato PDF

INFORMAZIONI ASSICURATO – SACERDOTE

Indicare l'Istituto diocesano: IDSC di_____

Nome e Cognome: _____

Telefono/cellulare _____E-mail_____

Informazioni per la liquidazione delle spese sostenute - IBAN

| _ | | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Intestatario del conto _____

INFORMAZIONI PER IL RIMBORSO

Selezionare la garanzia o le garanzie per le quali si richiede il rimborso.

RICOVERO, SPESE PRE-POST RICOVERO, ASSISTENZA OSPEDALIERA

- ☐ Ricovero medico (senza intervento chirurgico)
- ☐ Ricovero con intervento chirurgico, Day hospital con intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale
- ☐ Spese pre-ricovero (garanzia attiva solo per ricovero con intervento chirurgico)
- ☐ Spese post-ricovero (garanzia attiva per tutte le tipologie di ricovero)
- ☐ Assistenza ospedaliera

SPESE EXTRA-RICOVERO

- ☐ Alta diagnostica: RMN, TAC, scintigrafia, esami radiografici, mineralometria ossea (MOC)
- ☐ Esami ecografici, esami endoscopici, esami doppler
- ☐ Elettrocardiogramma (ECG), elettroencefalogramma (EEG), elettromiografia
- ☐ Laserterapia, epiluminescenza, esami Holter, telecuore, chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, litotrissia, dialisi
- ☐ Campo visivo, topografia corneale, pachimetria, OCT
- ☐ Protesi (fare riferimento all'art.9.5 della Polizza 410769325)

Per i sacerdoti con incarico Fidei Donum - garanzie aggiuntive extra-ricovero

- ☐ Visite specialistiche
- ☐ Esami clinici e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici

DOCUMENTI DA ALLEGARE (formato PDF)

Documenti inviati in formati diversi (ad esempio foto, immagini o altri tipi di file) **non potranno essere presi in considerazione** e potrebbe essere richiesto un nuovo invio della documentazione nel formato corretto (PDF).

- **Garanzia ricovero e spese pre/post ricovero:** lettera di dimissioni o cartella clinica, fatture inerenti al ricovero, fatture relative alle spese pre e/o post ricovero.
- **Garanzia assistenza ospedaliera:** certificazione medica che attesti la patologia per la quale è stata necessaria l'assistenza ospedaliera, fattura o dichiarazione di chi ha prestato assistenza.
- **Garanzia extra-ricovero:** prescrizione del medico e fattura delle spese sostenute.
- **Garanzia protesi:** si dettagliano di seguito i documenti da allegare alla richiesta di rimborso - prima di procedere con la richiesta di rimborso fare riferimento all'art.9.5 della Polizza 410769325 o chiamare l'Ufficio Polizza Sanitaria al numero 0666521600.

Protesi acustica	**Ai fini del rimborso sono validi solo referti effettuati presso strutture pubbliche.** - Referto dell'esame audiometrico vocale e tonale - Referto dell'esame impedenziometrico - Fattura della spesa sostenuta
Protesi oculare - lenti	- Prescrizione medica attestante l'intervento chirurgico avvenuto - Fattura della spesa sostenuta
Protesi dentarie	- Prescrizione medica attestante l'intervento conseguenti a interventi chirurgici di natura non odontoiatrica - In caso di infortunio: referto di Pronto Soccorso e fattura delle spese sostenute
Protesi articolari	- Prescrizione medica attestante le motivazioni della necessità di protesi articolare - Fattura delle spese sostenute