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

MODULO - RICHIESTA RIMBORSO - SACERDOTI FIDEI DONUM - POLIZZA 410769325

Area Assicurazioni - Ufficio Polizza Sanitaria ICSC
Te. +390666521600 - E-mail: raa@icsc.it

NOTE IMPORTANTI PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

- **Compilare il modulo di richiesta rimborso**
- **Per le spese effettuate all'estero compilare anche l' Allegato 1**
- **Tutta la documentazione deve pervenire in formato PDF**

INFORMAZIONI ASSICURATO

Nome e Cognome _____

C.F. _____ E-mail_____

Informazioni per la liquidazione delle spese sostenute - IBAN

_____

Intestatario del conto _____

SELEZIONARE LE GARANZIE PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

RICOVERO

☐ • Ricovero medico (senza intervento chirurgico)

☐ • Ricovero con intervento chirurgico, day hospital con intervento chirurgico, intervento ambulatoriale

☐ • Assistenza ospedaliera

☐ • Spese pre ricovero e post ricovero (45 gg prima e 90 gg dopo il ricovero)

☐ • Spese di trasporto sanitario (mezzo attrezzato - ambulanza art. 9 lett. A)

☐ • Rimborso delle spese sostenute per il viaggio aereo (ricovero in un altro Paese - art. 10)

SPESE EXTRA - OSPEDALIERE PER

☐ • Esami clinici
☐ • Esami di laboratorio (inclusi i vaccini)
☐ • Diagnostica strumentale
☐ • Terapie e trattamenti medici
☐ • Protesi

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FORMATO PDF

- **Modulo di richiesta rimborso - inviare anche l'Allegato 1 per le spese sostenute all'estero**
- **Per i rimborsi collegati alla garanzia ricovero:** lettera di dimissioni o cartella clinica, fatture pre e post ricovero
- **Per i rimborsi collegati alla garanzia extra-ospedaliere:** fattura delle spese sostenute e, se disponibile, la prescrizione del medico.

Documenti allegati in formato diverso non verranno presi in considerazione

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- **Garanzia ricovero e spese pre-post:** lettera di dimissioni o cartella clinica, fatture inerenti al ricovero, fatture relative alle spese pre-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-ospedaliere:** fattura delle spese sostenute e, se disponibile, prescrizione del medico.
- **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.** - Richiesta del medico curante - 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

Allegato 1 - Riepilogo trimestrale delle spese sostenute all'estero

POLIZZA SACERDOTI FIDEI DONUM - 410769325

Indicare il Paese presso cui si svolge la missione

Note per la compilazione

Indicare l'importo totale delle spese sostenute suddivise per trimestre.

Inviare esclusivamente in formato PDF:

- Il modulo di richiesta rimborso compilato in tutte le sue parti
- Fatture e scontrini delle spese sostenute

I documenti di spesa relativi a ciascun trimestre devono essere salvati in un unico PDF.

TRIMESTRE DI RIFERIMENTO	TOTALE IN MONETA LOCALE
☐ 1° Trimestre: gennaio, febbraio, marzo	
☐ 2° Trimestre: aprile, maggio, giugno	
☐ 3° Trimestre: luglio, agosto, settembre	
☐ 4° Trimestre: ottobre, novembre, dicembre	

DATA	**DETTAGLIO DELLE SPESE SOSTENUTE** **(visita, farmaci, ricovero, prestazioni diagnostiche, etc..)**	**IMPORTO IN MONETA LOCALE**