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

# MODULO - RICHIESTA RIMBORSO - LAICI MISSIONARI POLIZZA 410769333

**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 – LAICI MISSIONARI

Nome e Cognome assicurato_____

C.F._____ E-mail_____

Indicare il nome a cui fa riferimento la polizza _____

**Informazioni per la liquidazione delle spese sostenute - IBAN**

_____

Intestatario del conto _____

## SELEZIONARE LE GARANZIE PER LE QUALI SI RICHIEDE RIMBORSO

**RICOVERO**

- ☐ Ricovero medico (senza intervento chirurgico)
- ☐ Ricovero con intervento chirurgico, day hospital con intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale
- ☐ Patologie derivanti da gravidanza e puerperio nonché per il parto (art. 10 lett. D)
- ☐ Spese di trasporto sanitario (mezzo attrezzato - ambulanza art. 10 lett. A)
- ☐ Rimborso delle spese sostenute per il viaggio aereo (ricovero in un altro Paese - art. 10 lett. E)
- ☐ Spese post ricovero (90 gg dopo il ricovero chirurgico)

**SPESE EXTRA OSPEDALIERE PER**

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

**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, spese post ricovero (fatture)
- **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.**

# Allegato 1 - Riepilogo trimestrale delle spese sostenute all'estero

## POLIZZA LAICI MISSIONARI - 410769333

**Indicare il Paese presso cui si svolge la missione**

---

**Assicurato per cui si chiede il rimborso** _____

## 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**<br>**(visita, farmaci, ricovero, prestazioni diagnostiche, etc..)** | **IMPORTO IN MONETA LOCALE** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |