

**POLIZZA SANITARIA PER I PRESBITERI DIOCESANI FIDEI DONUM  
- RICHIESTA DI RIMBORSO -**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a: \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)  
il \_\_\_\_\_ incardinato nella diocesi di \_\_\_\_\_  
incaricato di svolgere, nel quadro della cooperazione tra le Chiese, il servizio ministeriale nella diocesi di:  
\_\_\_\_\_ chiede il rimborso delle spese sostenute per l'evento sotto indicato.  
(diocesi stato)

**Quadro 1 – Ricovero**

Il sottoscritto dichiara che dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ è stato ricoverato  
Giorno/mese/anno giorno/mese/anno

Presso l'Istituto di cura \_\_\_\_\_  
Denominazione indirizzo

Al fine del rimborso spettante, allega (indicare con X la documentazione allegata)

- il certificato del medico curante attestante le cause del ricovero.
- La lettera di dimissione rilasciata dall'Istituto di cura attestante la patologia che ha causato il ricovero.
- Le fatture, ricevute, notule o distinte delle spese sostenute durante il ricovero.
- La documentazione delle spese sostenute per il trasporto in ambulanza.

**Quadro 2 – Assistenza ospedaliera**

Il sottoscritto dichiara che, durante il ricovero ospedaliero presso \_\_\_\_\_  
denominazione indirizzo

è stato assistito da parte di persone non appartenenti all'Istituto di cura.

Al fine del rimborso spettante allega:

- Certificazione rilasciata da parte dei medici dell'Istituto di cura attestante la situazione patologica per la quale è stato ricoverato.
- Ricevuta, firmata dalla persona che ha effettuato l'assistenza, attestante la misura delle somme corrisposte.

**Quadro 3 – Prestazioni sanitarie specialistiche**

Il sottoscritto dichiara

A che in data \_\_\_\_\_ si è sottoposto ad intervento chirurgico ambulatoriale (day-hospital).

Al fine del rimborso allega (indicare con X la documentazione allegata):

- Certificato del chirurgo operatore
- Fattura, ricevuta, notula o distinta delle spese sostenute

B che ha avuto necessità di esami clinici e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici di seguito indicati:

\_\_\_\_\_  
:

Al fine del rimborso allega (indicare con X la documentazione allegata):

- Certificato del chirurgo operatore
- Fattura delle spese sostenute

**Quadro 4 – Indicazioni per il rimborso**

Il sottoscritto chiede che il rimborso delle spese sanitarie venga versato sul conto corrente bancario italiano

C/C INTESTATO A \_\_\_\_\_ ; BANCA \_\_\_\_\_ ;  
(nome dell'intestatario) (nome della banca (italiana) e filiale di)

CODICE IBAN: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato con allegata la documentazione sanitaria e di spesa va trasmesso entro 60 giorni o via mail o via posta allegando le fatture/ricevute.

**Ufficio Assicurazioni - Istituto Centrale Sostentamento del Clero-** Via Aurelia 796 – 00165 Roma. Tel.+39 06 66521222-25; Fax +39 06 66521248; e-mail [RAA@icsc.it](mailto:RAA@icsc.it); Responsabile Signora Nocerino Maria Teresa.

**Riferimento Assicurazione: Generali Italia S.p.A.- GENERASALUTE RSM, n. polizza 410769325 [www.generali.it](http://www.generali.it)**