

**POLIZZA SANITARIA PER I FEDELI LAICI IN SERVIZIO MISSIONARIO
- RICHIESTA DI RIMBORSO -**

Il sottoscritto _____ nato/a a: _____ il _____
(cognome e nome)

Codice fiscale _____ inviato dalla diocesi di _____

incaricato di svolgere, nel quadro della cooperazione tra le Chiese, servizio missionario nella diocesi di: _____
(diocesi) (stato) chiede il rimborso delle spese sostenute per l'evento sotto indicato

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: _____

Luogo _____ 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 con richiesta di lettura/recapito 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

Riferimento Assicurazione: Generali Italia S.p.A.- GENERASALUTE RSM, n. polizza 410769333, www.generali.it