

**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 _____

Si ricorda che in assenza degli **originali** di documentazione delle spese effettuate non sarà possibile evadere nessun contributo di rimborso.

Il presente modulo, debitamente compilato e firmato con allegata la documentazione sanitaria e di spesa va trasmesso con sollecitudine ad uno dei due sottostanti recapiti:

- 1) **Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese c/o Missio** (Via Aurelia, 796 - 00165 Roma. Tel +39 06 66502639; Fax +39 06 66410314; e-mail: convenzioni@chiesacattolica.it).
- 2) **Istituto Centrale Sostentamento del Clero** (Via Aurelia 796 – 00165 Roma. Tel.+39 06 66521219 /240 /241; Fax +39 06 66521248; e-mail GPS@icsc.it , oppure RAA@icsc.it)

POLIZZA SANITARIA PER I PRESBITERI DIOCESANI FIDEI DONUM

(estensione delle garanzie sanitarie fruita dai sacerdoti a servizio delle diocesi italiane)

L'assicurazione ha per oggetto il rimborso delle spese sostenute dai sacerdoti Fidei Donum italiani a seguito di ricovero, assistenza ospedaliera, prestazioni sanitarie specialistiche. I sacerdoti hanno libera scelta, in qualsiasi Stato prestino il loro servizio, del medico curante e dell'Istituto di cura. Si riporta un estratto della Polizza.

OGGETTO DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha per oggetto il rimborso, nei limiti che seguono, delle spese conseguenti a: - ricovero per intervento chirurgico; - ricovero per cure mediche; - prestazioni extra ospedaliere ambulatoriali elencate al successivo paragrafo 2); - assistenza medica a domicilio, conseguenti a malattia, infortunio, stato di deperimento organico, con le modalità previste al successivo paragrafo 3); - assistenza presso Istituto di cura; - spese per acquisto di protesi: L'assicurato avrà libera scelta, in Italia o all'estero, del medico curante, dell'Istituto di cura, dell'infermiere/a e della persona assistente a domicilio o presso l'Istituto di cura.

1. RICOVERO

1.1) La Società risponde delle spese di ricovero reso necessario da malattia o infortunio. Le spese di ricovero comprendono le spese di soggiorno, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici e le spese infermieristiche prestate da personale della casa di cura, per medicinali e medicazioni prestate dal personale della casa di cura, per apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento. Sono escluse le spese connesse al conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura.

1.2) La Società risponde delle spese sostenute, come indicate al punto 1.1) anche a seguito di intervento chirurgico effettuato in regime di day hospital o ambulatoriale.

1.3) Si intende compreso in garanzia il rimborso delle spese: - conseguenti ad esami; - acquisto di medicinali; - prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche; - trattamenti fisioterapici o rieducativi; - cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera). [...]

1.4) È compreso in garanzia il rimborso delle spese conseguenti ad analisi ed esami diagnostici sostenute nei 45 giorni precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico effettuato in regime day hospital o ambulatoriale, sempreché all'intervento chirurgico stesso. Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali. Relativamente a tali spese il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di euro 5.165 per assicurato e per anno assicurativo.

1.5) Qualora, a seguito di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato prosegua la sua permanenza presso una clinica in regime di "lungodegenza" (secondo la definizione contrattuale), ovvero le sue condizioni cliniche risultino stabilizzate, la Società rimborserà le spese indicate al precedente art. 1.1) per i primi 10 giorni di ricovero. Qualora dopo i primi 10 giorni risultasse necessaria la prosecuzione del ricovero ovvero un nuovo ricovero per differente patologia o per l'aggravamento della medesima patologia, la Società rimborserà le spese successive secondo quanto previsto al precedente art. 1.1). Le circostanze per l'ottenimento del nuovo rimborso dopo i primi 10 giorni, dovranno essere accertate da un medico legale della Società.

2. PRESTAZIONI EXTRA – OSPEDALIERE

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere prescritte dal medico curante di seguito elencate: ■ Ecografia, tac, elettrocardiografia, doppler, diagnostica radiologica, elettroencefalografia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, cobaltoterapia, chemioterapia, laserterapia, telecuore, dialisi, litotrissia, elettromiografia, holter; Indagini endoscopiche; Indagini computerizzate, limitatamente a quella di seguito elencate: - del campo visivo - topografica corneale - pachimetria - mineralometria ossea.

L'entità del rimborso corrisposto da parte della Società è pari all'ammontare complessivo delle spese rimborsabili sostenute in proprio dall'assicurato.

3. ASSISTENZA A DOMICILIO

Nel caso in cui l'assicurato, a seguito di malattia, infortunio o deperimento organico (per esempio dovuto all'età - senescenza), si trovi nell'impossibilità, anche temporanea, di esperire autonomamente le normali azioni della vita quotidiana (ad. esempio: vestizione, nutrizione, igiene personale, necessità fisiologiche), Cattolica provvederà a rimborsare le spese di assistenza personale a domicilio, prescritte da un medico; ovvero ad indennizzare una diaria forfettaria, secondo quanto specificato.

Tali prestazioni, alternative tra loro e non cumulabili, vengono riconosciute al raggiungimento del punteggio specifico di almeno 100, determinato dalla somma dei punteggi delle singole voci indicate nella tabella valutativa dell'assistenza domiciliare, secondo le determinazioni del medico legale incaricato dalla Società.

4. ASSISTENZA OSPEDALIERA

La Società risponde delle spese di assistenza personale dell'assicurato durante il ricovero ospedaliero presso Istituti di cura a seguito di: - Ictus cerebrale con paralisi anche parziale; - Infarto acuto del miocardio; - Tumore in fase terminale; - Grandi interventi chirurgici(chiedere quali alla Centrale Operativa); - Stato pre - agonico o di coma da qualsiasi causa determinata. Per assistenza personale si intende la presenza costante al letto dell'infermo-assicurato da parte di una persona non appartenente all'organico dell'Istituto di cura. L'operatività della prestazione è subordinata al rilascio di apposita certificazione, da parte dei medici dell'Istituto di cura presso il quale l'assicurato si trova ricoverato, attestante l'esistenza di una delle situazioni patologiche sopra elencate. Per tale prestazione la Società rimborserà il 100% delle spese sostenute e documentate secondo le vigenti normative fiscali, fino a un massimo importo giornaliero di euro 52 e per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo.

ESTENSIONE GARANZIA SACERDOTI – FIDEI DONUM

A favore di tali Assicurati è stabilito che la garanzia vale:

- in aggiunta alle prestazioni di cui all'art.9 "Oggetto della garanzia" punto 1, spetta all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute per il viaggio aereo di andata e ritorno resi necessari per raggiungere il paese dove si trova l'ospedale nel quale avviene il ricovero. Tale rimborso viene riconosciuto dietro presentazione di certificazione rilasciata da una struttura ospedaliera del paese di missione che dichiara l'inadeguatezza delle strutture locali per la patologia sofferta dall'assicurato. Il rimborso delle spese sostenute per il viaggio di ritorno nel paese di missione viene riconosciuto se effettuato entro 15 giorni dalla data dichiarata dal medico curante come compatibile per affrontare il viaggio aereo; - in aggiunta alle prestazioni di cui all'art. all'art.9 "Oggetto della garanzia" punto 2, spetta all'assicurato il rimborso delle spese sostenute per ogni tipo di esame clinico e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici. Per le prestazioni di cui sopra, il rimborso delle spese sostenute è effettuato fino alla concorrenza del massimale annuo a favore di ciascun assicurato di euro 7.747. Resta convenuto che, in caso di sinistro, qualora l'Assicurato si trovi all'estero, si intende delegato alla presentazione della denuncia, della relativa documentazione nonché alla definizione del sinistro, l'Ufficio Nazionale per la Cooperazione Missionaria tra le Chiese, operante presso la Conferenza Episcopale Italiana.

Rimpatrio sanitario

In alternativa a quanto previsto dall'art. 10 "Estensione garanzia Sacerdoti - "FIDEI DONUM"", a favore dei sacerdoti "Fidei Donum" è prevista la facoltà di richiedere direttamente la prestazione di rimpatrio in caso di emergenza sanitaria conseguente a malattia o infortunio.

L'assicurato che si trova in un paese straniero per svolgervi il ministero o l'attività missionaria, qualora, a causa di malattia o infortunio, debba rientrare in Italia, presso un centro ospedaliero autorizzato o nel luogo di sua residenza abituale, può ricorrere all'organizzazione di **IMA Assistance**, attraverso la Centrale Operativa, affinché organizzi, senza dover anticipare alcuna somma, il rimpatrio in Italia.

A. Richiesta di rimpatrio: Per richiedere la prestazione, l'assicurato deve rivolgersi alla Centrale Operativa prima di intraprendere qualsiasi tipo di iniziativa personale, telefonando dall'estero al numero: **800 572 572** in alternativa o dall'estero il cliente potrà contattare l'operatore al numero + 39 02 24128570 (costo della chiamata a carico del cliente in base alle tariffe dell'operatore telefonico utilizzato). Il servizio è attivo nelle seguenti fasce orarie (eccetto festivi): ■ Lun.-Ven. 8.00-18.00 ■ Sab. 8.00-12.00

E-mail: centrale.salute@imaitalia.it

B. Operazioni a carico della Centrale Operativa: Ricevuta la richiesta di rimpatrio, la Centrale Operativa accerterà, tramite contatti diretti tra il medico della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, le condizioni dell'Assicurato e la necessità di procedere al suo rimpatrio. Il rimpatrio sarà effettuato con il mezzo di trasporto più idoneo alle condizioni dell'Assicurato, in base a considerazioni ed esigenze di ordine esclusivamente medico.

C. Esclusioni: La prestazione in oggetto non opera: ■ nel caso in cui l'assicurato abbia sottoscritto volontariamente le dimissioni contro il parere del medico curante sul posto;

■ in caso di malattie infettive, se il trasporto dell'assicurato comporta la violazione delle norme nazionali o internazionali in materia.