

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

Il sottoscritto _____ nato a: _____
(cognome e nome)
il _____ inviato dalla diocesi di _____

incaricato di svolgere, nel quadro della cooperazione tra le Chiese, servizio missionario 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: _____

Luogo _____ 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-Ufficio Assicurazioni** (Via Aurelia 796 – 00165 Roma. Tel.+39 06 66521222-25; Fax +39 06 66521248; e-mail RAA.@icsc.it).

CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA
UFFICIO NAZIONALE PER LA COOPERAZIONE MISSIONARIA TRA LE CHIESE

CONVENZIONE PER IL SERVIZIO IN MISSIONE DEI FEDELI LAICI

Garanzie assicurative previste dalla polizza sanitaria stipulata dalla CEI

(Art. 5 § 2 della Convenzione)

➤ **RIMBORSO DELLE SPESE DI RICOVERO RESO NECESSARIO DA MALATTIA O INFORTUNIO.**

Le spese di ricovero, comprendono, tra le altre, le spese di soggiorno, infermieristiche, di utilizzo della sala operatoria, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici, e le spese per medicinali e medicazioni, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento. Sono escluse le spese di conforto del degente durante il soggiorno nell'Istituto di cura, nonché quanto previsto al punto 1.3) "Lungodegenze".

La garanzia si estende altresì alle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di cura e alle spese del viaggio di ritorno a mezzo ambulanza (del malato o della persona deceduta), se l'Assicurato, a causa del suo stato di salute, è impedito di spostarsi con i mezzi di trasporto pubblico.

S'intende inoltre compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero e a day-hospital, sempreché strettamente connesse alla patologia che ha causato il ricovero stesso, 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). Le prestazioni dovranno risultare prescritte dal medico curante e documentate secondo le vigenti normative fiscali. Le prestazioni infermieristiche saranno rimborsabili solo se prestate da personale abilitato ai sensi della vigente normativa ed in possesso di specifico diploma. **Relativamente a tali spese il rimborso verrà corrisposto fino alla concorrenza di un massimale di euro 5.165 per ciascun Assicurato e per anno assicurativo.**

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 in regime di "lungodegenza". Qualora dopo questi primi 10 giorni, risultasse necessaria la prosecuzione del ricovero originario per l'aggravamento della medesima patologia ovvero un nuovo ricovero per differente patologia, la Società rimborserà le spese successive secondo quanto previsto al precedente art 1.1). Le circostanze per l'ottenimento di tale nuovo rimborso, dovranno essere accertate da un medico legale della Compagnia.

- **Resta altresì convenuto che per le donne assicurate, la garanzia è operante per il rimborso delle spese inerenti alle cure ed assistenza per patologie derivanti da gravidanza e puerperio** nonché per il parto. Ciò, anche per le eventuali conseguenze dirette ed indirette, rientranti nella definizione di malattia riportata in polizza. 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 6.000 per ciascuna Assicurata e per anno assicurativo senza applicazione di scoperti e franchigie.**
- Per 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 viene ricoverato l'Assicurato. **Tale rimborso viene riconosciuto dietro presentazione di certificazione rilasciata da una struttura ospedaliera del paese di missione che dichiari 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 alternativa a quanto sopra, 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 Italia affinché organizzi, senza dover anticipare alcuna somma, il rimpatrio in Italia.

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

Per l'erogazione di prestazioni di assistenza alla persona (Ramo Ministeriale 18) dedicate agli Assicurati che si trovi in stato di urgenza sanitaria rimane sempre disponibile la Centrale operativa attiva 24/7, accessibile al numero 800 572 572 (tasto 1).

E-mail: centrale.salute@imaitalia.it. Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Centrale Operativa.

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

➤ **PRESTAZIONI EXTRA – OSPEDALIERE**

La Società risponde delle spese per prestazioni extra-ospedaliere ambulatoriali o in regime di day-hospital, prescritte dal medico curante per: interventi chirurgici; esami clinici e di laboratorio; terapie e trattamenti medici.

Tale garanzia è prestata fino alla concorrenza di un massimale annuo per singolo assicurato di euro 7.747.