

## MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO PER I SACERDOTI - POLIZZA REVERENDO CLERO

Area Assicurazioni - Ufficio Polizza Sanitaria ICSC

Te. 0666521600 - Servizio attivo dal lunedì al venerdì: 9.00/13.00 - 14.30 /16.30

E-mail: [raa@icsc.it](mailto:raa@icsc.it)

Inviare il modulo compilato con gli allegati richiesti a: [raa@icsc.it](mailto:raa@icsc.it)  
Tutta la documentazione deve pervenire in formato PDF

### INFORMAZIONI ASSICURATO – SACERDOTE

Indicare l'Istituto diocesano: IDSC di \_\_\_\_\_

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Intestatario del conto \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI PER IL RIMBORSO

Selezionare la garanzia o le garanzie per le quali si richiede il rimborso.

#### RICOVERO, SPESE PRE-POST RICOVERO, ASSISTENZA OSPEDALIERA

Ricovero medico (senza intervento chirurgico)

Ricovero con intervento chirurgico, Day hospital con intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale

Spese pre-ricovero (garanzia attiva solo per ricovero con intervento chirurgico)

Spese post-ricovero (garanzia attiva per tutte le tipologie di ricovero)

Assistenza ospedaliera

#### SPESE EXTRA-OSPEDALIERE

Alta diagnostica: RMN, TAC, scintigrafia, esami radiografici, mineralometria ossea (MOC)

Esami ecografici, esami endoscopici, esami doppler

Elettrocardiogramma (ECG), elettroencefalogramma (EEG), elettromiografia

Laserterapia, epiluminescenza, esami Holter, telecuore, chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia, litotrissia, dialisi

Campo visivo, topografia corneale, pachimetria, OCT

Protesi (fare riferimento all'art.9.5 della Polizza 410769325)

### Per i sacerdoti con incarico Fidei Donum - garanzie aggiuntive extra-ospedaliere

Visite specialistiche

Esami clinici e di laboratorio, terapie specialistiche e trattamenti medici

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE (formato PDF)

Documenti inviati in formati diversi (ad esempio foto, immagini o altri tipi di file) **non potranno essere presi in considerazione** e potrebbe essere richiesto un nuovo invio della documentazione nel formato corretto (PDF).

- **Garanzia ricovero e spese pre/post ricovero:** lettera di dimissioni o cartella clinica, fatture inerenti al ricovero, fatture relative alle spese pre e/o post ricovero.
- **Garanzia assistenza ospedaliera:** certificazione medica che attesti la patologia per la quale è stata necessaria l'assistenza ospedaliera, fattura o dichiarazione di chi ha prestato assistenza.
- **Garanzia extra-ospedaliere:** prescrizione del medico e fattura delle spese sostenute.
- **Garanzia protesi:** si dettagliano di seguito i documenti da allegare alla richiesta di rimborso - prima di procedere con la richiesta di rimborso fare riferimento all'art.9.5 della Polizza 410769325 o chiamare l'Ufficio Polizza Sanitaria al numero 0666521600.

<b>Protesi acustica</b>	<b>Ai fini del rimborso sono validi solo referti effettuati presso strutture pubbliche.</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Richiesta del medico curante</li><li>- Referto dell'esame audiometrico vocale e tonale</li><li>- Referto dell'esame impedenziometrico</li><li>- Fattura della spesa sostenuta</li></ul>
<b>Protesi oculare - lenti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescrizione medica attestante l'intervento chirurgico avvenuto</li><li>- Fattura della spesa sostenuta</li></ul>
<b>Protesi dentarie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescrizione medica attestante l'intervento conseguenti a interventi chirurgici di natura non odontoiatrica</li><li>- In caso di infortunio: referto di Pronto Soccorso e fattura delle spese sostenute</li></ul>
<b>Protesi articolari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prescrizione medica attestante le motivazioni della necessità di protesi articolare</li><li>- Fattura delle spese sostenute</li></ul>