

MODULO DI APERTURA ASSISTENZA (rif. Polizza art. 9.3 - lett. F,G,H)

Area Assicurazioni – Ufficio Polizza Sanitaria

Tel. 0666521600 – raa@icsc.it

Per richiedere l'apertura della garanzia assistenza compilare il modulo in tutte le sue parti e inviarlo con la documentazione necessaria per la valutazione a: raa@icsc.it

Prima di compilare il Modulo leggere attentamente le informazioni relative alla garanzia (art. 9.3), il testo della Polizza può essere richiesto al proprio Istituto diocesano oppure consultato sul Portale del Sacerdote - sacerdoti.icsc.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI APERTURA:

- Assistenza presso il domicilio del sacerdote (Polizza 410769325 – art. 9-3 lett. F, G)
- Assistenza presso struttura sanitaria (Polizza 410769325 – art. 9-3 lett. F, G)
- Assistenza temporanea (Polizza 410769325 – art. 9-3 lett. H)

Informazioni Assicurato

Nome e cognome _____

C.F. _____

Indicare l'IDSC di appartenenza _____

Recapito telefonico _____ E-mail per comunicazioni _____

Selezionare la tipologia di assistenza : se presso il domicilio del sacerdote o struttura sanitaria (garanzia art. 9.3 – lettera F, G - in caso di mancata scelta il rimborso sarà forfettario)

Assistenza presso il domicilio del sacerdote

Assistenza presso struttura sanitaria (Casa di riposo, RSA, etc...) – indicare il nome della struttura _____

Mese di decorrenza dell'assistenza _____

Se il sacerdote necessita di assistenza temporanea selezionare l'opzione e indicare i giorni necessari (garanzia 9.3 - lett. H)

Assistenza temporanea (indicare il numero di giorni): _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA **(tutta la documentazione deve pervenire in formato PDF)**

Per l'assistenza presso il domicilio del sacerdote o presso struttura

- Certificato del medico attestante la necessità di assistenza per mancata autonomia
- Tabella valutativa compilata dal medico curante

Per l'assistenza temporanea

- Certificato del medico attestante la necessità di assistenza con indicati i giorni necessari per il recupero dell'autonomia.

Se il sacerdote è in possesso di documentazione sanitaria comprovante l'invalidità allegarla alla domanda di richiesta assistenza.

Solo dopo la valutazione della documentazione pervenuta verrà comunicato l'esito e il rimborso liquidato in base alla tipologia di assistenza scelta.

ALLEGATI

- **Tabella valutativa:** da compilare solo per l'assistenza presso il domicilio del sacerdote o presso struttura (rif. art. 9.3 - lettera F,G)
- **Modulo delega all'incasso:** documento necessario nel caso in cui il sacerdote che richiede l'assistenza decida di delegare una persona fisica o una struttura sanitaria a riscuotere, per suo conto, i rimborsi previsti.

TABELLA VALUTATIVA DELL'ASSISTENZA PRESSO IL DOMICILIO DEL SACERDOTE O PRESSO STRUTTURA (art. 9.3 - lett. F,G)

SACERDOTE: _____ **C. F.** _____

LA TABELLA E' A CURA DEL MEDICO CURANTE

Capacità Motorie	Indicare con una X
Autonoma	
Deambulazione con presidi	
Spostamenti possibili solo in carrozzella	
Permanente allettamento	
Funzione Visiva	
Conservata	
Visus residuo compatibile con autonomia in ambiente protetto	
Cecità totale o residui visivi non utilizzabili	
Vestizione	
Autonoma	
Parzialmente autonoma	
Non autonoma	
Alimentazione	
Autonoma	
Non autonoma (necessità di assistenza durante l'alimentazione orale)	
Alimentazione parenterale o con sondino naso-gastrico	
Igiene personale	
Autonoma	
Ha necessità di assistenza per lavarsi e per l'igiene intima	
Continenza / Incontinenza	
Controlla autonomamente la funzionalità degli sfinteri	
Non controlla gli sfinteri necessitando di presidi sanitari (pannolone e/o catetere e/o stomia)	
Stato psichico e funzioni intellettive	
Orientamento spazio-temporale	
Presente	
Parzialmente o saltuariamente assente	
Totalmente o permanentemente assente	
Memoria	
Presente	
Parzialmente assente	
Assente	
Capacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni	
Presente	
Parzialmente assente	
Assente	
Capacità di instaurare rapporti interpersonali	
Presente	
Parzialmente assente	
Assente	
Stato di agitazione psicomotoria	
Presente	
Saltuaria	
Persistente	
Stato di completa apatia	
Presente	
Saltuaria	
Persistente	

Data ____/____/____

Firma e timbro del medico

MODULO DELEGA ALL'INCASSO

Area Assicurazioni – Ufficio Polizza Sanitaria

Tel. 0666521600 – raa@icsc.it

INFORMAZIONI ASSICURATO

Nome e cognome _____

C.F. _____

Indicare l'IDSC di appartenenza _____

Recapito telefonico _____

E-mail di riferimento per comunicazioni _____

**Dal mese di _____ il sacerdote delega ad incassare le
somme per assistenza (art. 9.3 – lett. F, G, H)**

Persona fisica (tutore, amministratore di sostegno, familiari, etc..)

Nome e cognome della persona delega _____

C.F. _____

Telefono _____ E-mail _____

Dati bancari della persona delegata - IBAN

Struttura sanitaria dove il sacerdote è ospitato

Nome della struttura _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

Telefono _____ E-mail _____

Dati bancari della struttura delegata - IBAN

Allegare: copia del documento del sacerdote e della persona delegata

TUTTA LA DOCUMENTAZIONE DEVE PERVENIRE IN FORMATO PDF

Data ____/____/____

Firma delegante (sacerdote) _____