

Polizza sanitaria per il clero

E' stata stipulata per l'anno 2022 la polizza sanitaria in favore del clero da parte dell'Istituto Centrale per il sostentamento del clero (ICSC) e la Società Generali Italia S.p.A..

I premi assicurativi versati dall'ICSC non concorrono alla formazione del reddito dei sacerdoti.

Assicurati:

- sacerdoti diocesani compresi nel sistema di sostentamento del clero;
- sacerdoti religiosi che prestano servizio in favore della diocesi e sono compresi nel sistema di sostentamento;
- sacerdoti diocesani all'estero (missione - „Fidei Donum“);
- sacerdoti diocesani o sacerdoti religiosi compresi nel sistema di previdenza integrativa.

Oggetto dell'assicurazione:

- rimborso spese mediche per ricovero ospedaliero con o senza intervento chirurgico in Italia o all'estero;
- analisi, terapie e trattamenti medici extra-ospedalieri;
- assistenza a domicilio o presso casa di accoglienza;
- assistenza ospedaliera;
- rimborso spese per acquisto di protesi.

Ricovero ospedaliero

La Società risponde delle spese di ricovero reso necessario da malattia o infortunio.

Le spese di ricovero comprendono le spese di soggiorno, infermieristiche, per esami di laboratorio, per esami radiologici, gli onorari dei medici, le spese per medicinali e medicazioni, apparecchi protesi e terapeutici applicati durante l'intervento e alle spese di trasporto in ambulanza sempre che l'assicurato non sia in grado di usare mezzi pubblici o privati.

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

Vengono altresì rimborsate, quale integrazione delle spese relative al ricovero, anche quelle sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero medesimo, sempre che connesse alla patologia che ha reso necessario detto ricovero e prescritte dal medico curante: esami clinici, prestazioni mediche, acquisti di medicinali, prestazioni fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere) e vengono corrisposte fino alla concorrenza del massimale di 5.165 € per anno assicurativo.

A partire dal 01.01.2009 è stato incluso il rimborso delle spese per ogni tipo di analisi ed esame diagnostico sostenute nei 45 giorni precedenti l'intervento chirurgico, sempreché connesse e propeudetiche all'intervento chirurgico stesso.

Analisi, terapie e trattamenti medici extra-ospedalieri

La garanzia è prestata per spese extra-ospedaliere ambulatoriali o in regime di day-Hospital prescritti dal medico curante e sostenute direttamente dall'assicurato per:

- interventi chirurgici;
- analisi, terapie e trattamenti medici limitatamente a quelli di seguito elencati: ecografia, tac, elettrocardiografia, doppler, diagnostica radiologica, elettroencefalografia, elettromiografia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, cobaltoterapia, chemioterapia, laserterapia, telecuore, dialisi, litotressia, gastroscopia,

colonscopia, cistoscopia, uroscopia, indagini computerizzate del campo visivo, topografia corneale, pachimetria, mineralometria ossea, elettromiografia, misura 24 ore della pressione, indagini endoscopiche.

Assistenza a domicilio o presso casa di accoglienza

La Società risponde delle spese di assistenza personale a domicilio, prestata da persone terze quando l'Assicurato non sia in grado di espletare le normali azioni della vita quotidiana (vestizione, nutrizione, igiene personale, necessità fisiologiche) a seguito di infortuni, malattie o anche deperimento organico. La necessità di assistenza continua deve essere certificata dal medico e può essere controllata dal medico incaricato dalla Generali. Il riconoscimento del diritto di assistenza viene effettuato entro 75 giorni dalla data dell'incarico del medico della Generali.

Il rimborso viene riconosciuto in base alla documentazione delle spese (p. es. cedolino dello stipendio della/e badante/i) sostenute con il massimo di 33 € giornaliera o € 22 senza documentazione delle spese.

Se l'assicurato ha il proprio domicilio presso Casa del Clero, Casa di Risposo, Casa di accoglienza e di ospitalità e si trova nella condizione sopra descritta, si riconosce un'indennità giornaliera fissa di 21 € (certificazione della struttura della presenza mensile).

Assistenza ospedaliera

In caso di ricovero ospedaliero conseguente a:

ictus cerebrale con paralisi anche parziale, infarto acuto del miocardio, tumore in fase terminale, interventi chirurgici demolitivi, stato preagonico o di coma da qualsiasi causa determinato, la garanzia viene prestata per il rimborso delle spese di assistenza personale dell'assicurato comportante presenza costante al letto dell'infermo-assicurato da

parte di una persona non appartenente nell'organico dell'istituto di cura. Il rimborso viene riconosciuto in base alla documentazione delle spese sostenute fino alla concorrenza massima di € 52 giornaliere e per un periodo non superiore a giorni 60 o € 36 per 60 giorni senza documentazione spese.

Rimborso spese per acquisto di protesi

La Società risponde delle spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto di apparecchi protesici resi necessari dagli eventi sottodescritti e nei limiti di seguito stabiliti:

- protesi articolate sostitutive di arto, la cui applicazione si renda necessaria a seguito di amputazione di arto. Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di 4.000 € per anno assicurativo;
- protesi oculari prescritte dal medico curante successivamente ad interventi chirurgici per cataratta, cheratocono, otticopatia. Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di 775 € per anno assicurativo;
- protesi acustiche prescritte dal medico curante conseguenti a processi orto sclerotici e lesioni traumatiche con soglia percettiva inferiore alla normale distanza di conversione. Il rimborso viene riconosciuto fino alla concorrenza di 2.000 € per anno assicurativo;
- protesi dentarie prescritte dal medico curante conseguenti a interventi chirurgici non odontoiatrici.

L'assicurazione non è operante per:

- le malattie mentali puramente psichiche e funzionali (si intendono, pertanto, comprese le manifestazioni secondarie a malattie organiche);
- le cure dentarie e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;

- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di psicofarmaci.
-

Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'assicurato deve inoltrare la denuncia di sinistro entro 45 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (ricovero, prestazioni specialistiche).

La denuncia di sinistro e la richiesta di rimborso deve essere presentata all'Istituto Diocesano per il Sostentamento del Clero (IDSC) con il modulo previsto entro 45 giorni.

E' necessario allegare le fatture delle spese sostenute e la prescrizione del medico in originale.

Domanda e pagamento dell'indennizzo

Le denunce di sinistro vengono controllate e trasmesse all'Istituto Centrale per il Sostentamento del Clero di Roma, che prevede il rimborso delle spese direttamente al c/c del sacerdote.

Per un ricovero o un intervento chirurgico nelle Cliniche private (Clinica S. Maria, Clinica Sant Anna, Dolomiti Sportclinic, Cityclinic e Briksana) il sacerdote può anche richiedere che il rimborso delle spese sostenute venga eseguito direttamente a favore dell'Istituto di cura, senza dover pagare prima le fatture.

Prima di sottoporsi ad un intervento chirurgico o prima di un ricovero, chiediamo di informarsi presso l'IDSC su modo e importo del rimborso.

Ulteriori informazioni presso:

Istituto Diocesano per il Sostentamento del Clero

Piazza Duomo 3, 39100 Bolzano

Incaricata: Evi Tauber - Tel. 0471 306 300

E-mail: evi.tauber@bz-bx.net