

SCHEDA Assistenza Domiciliare: Adempimenti

ART. 15 DELLA POLIZZA SANITARIA – ICSC/CATTOLICA ASSICURAZIONE

I sacerdoti ai quali è stato riconosciuto il diritto al rimborso dell'assistenza domiciliare (riconosciuto al raggiungimento del punteggio specifico di (almeno) 100, determinato dalla somma dei punteggi delle singole voci indicate nella tabella valutativa dell'assistenza domiciliare allegata alla polizza, secondo le determinazioni del medico legale incaricato dalla Società.) prestata o presso il proprio domicilio o presso RSA/Casa del Clero devono operare la scelta fra le due opzioni possibili:

- 1. Regime di rimborso spese**
- 2. Regime indennitario**

1. Per chi opta per il **regime di rimborso spese** è necessario: trasmettere all'Ufficio Assicurazioni dell'Istituto Centrale entro il **15 del mese** successivo cui si riferisce l'assistenza:

Il modulo n. 2/b (che trovate qui sotto)

a cui dovrà essere allegato: cedolino paga o fattura oppure ricevuta di prestazione in ritenuta acconto - che attesti il pagamento alla persona che ha prestato assistenza.

In questo caso il rimborso avverrà fino ad un massimo di **€ 33,00 giornalieri**.

2. Il sacerdote che sceglie invece il **regime indennitario** dovrà:

trasmettere all'Ufficio Assicurazioni dell'Istituto Centrale entro il **15 del mese** successivo cui si riferisce l'assistenza:

Il modulo n. 2/c (che trovate qui sotto)

In questo caso il rimborso avverrà fino ad un massimo di

- a) **€ 22,00 giornalieri** – se assistenza richiesta a domicilio;
- b) **€ 21,00 giornalieri** – se assistenza richiesta in Casa del Clero/Casa di riposo.

Nota Bene:

- Per le nuove richieste di assistenza (dal 2017), i termini di denuncia sono ridotti da 60 gg. a 45 e la scelta fra i due criteri dovrà essere effettuata in fase di denuncia.
- Per le richieste in Casa del Clero/Casa di riposo, prendere contatti Uff. Sacerdoti IDCS
- Se NON si presenta la documentazione fiscale verrà effettuato un INDENNIZZO.
- In mancanza di scelta esplicita (che deve essere trasmessa entro il 15 del mese successivo cui si riferisce l'assistenza) il criterio di liquidazione sarà quello indennitario.
- La scelta fra i due criteri non sarà definitiva, potrà essere modificata in corso d'anno a seconda che il Sacerdote presenti o meno la documentazione richiesta.

- MODULO 2/b - Rimborso Spese

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

N° telefonico _____

“REGIME DI RIMBORSO SPESE ”

In merito alla Polizza Sanitaria ICSC / Società Cattolica di Assicurazioni - con la presente si inoltra richiesta di rimborso spese per il mese di:

Mese di riferimento _____ dal _____ al _____

Allega (barrare opzione):

- Cedolino Paga**
- Fattura**
- Ricevuta di prestazione in ritenuta d’acconto**

Firma _____

Luogo e data _____

- MODULO 2/c - Indennizzo

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

N° telefonico _____

“REGIME INDENNITARIO”

In merito alla Polizza Sanitaria ICSC / Società Cattolica di Assicurazioni - con la presente si inoltra richiesta di erogazione di indennizzo per il mese di:

Mese di riferimento _____ dal _____ al _____

Firma _____

Luogo e data _____