Polizza CNCE - LAVORATORI – Numero Polizza 2438/77/158347402

Modulo 1/B (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: ***RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO EXTRA PROFESSIONALE***

(p. 1 Cond. Polizza)

(da inviare a **CNCE** all'indirizzo e-mail **info@edilcard.it** ***in formato*** **.pdf**)

N.B. - Nell' *oggetto* della e-mail scrivere: **CNCE RIF=COD.FISCALE LAVORATORE**

Dati Cassa Edile denunciante

- Cassa Edile di………………………………………………… Codice CNCE…….
- Cognome operatore referente ………………………………………………….
- Indirizzo e-mail operatore referente……………………………………………..
- recapito telefonico…………………………………………………………………….

Dati anagrafici della persona assicurata

- Nome…………………………………………………………………
- Cognome …………………………………………………………..
- Indirizzo……………………………………………………………….
- Comune di Residenza…………………………………………
- Recapito telefonico………………………………………………
- Tel. Cellulare …………………………………………………….
- e-mail ……………………………………………………………….
- Altro recapito ……………………………………………………
- C.Fisc………………………………………………………………….

Iscritto al Fondo "**Prevedi**" **con contribuzione integrativa volontaria** **sì** ☐ **no** ☐

(l'adesione deve essere stata formalizzata almeno trenta giorni prima della data di accadimento del sinistro)

Data, ora e luogo di accadimento del sinistro (città e indirizzo)

……
……

Descrizione dell'evento

……
……
……
……

Descrizione sommaria delle lesioni subite

……
……

Luogo dell'eventuale ricovero

……
……

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg. ……………………….

(si ricorda che che per ricoveri di durata **uguale o superiore ai 15 gg**. occorre compilare il **modulo 2**)

Comunicazione dell'eventuale gesso o altro mezzo di contenzione

……

Documenti indispensabili alla liquidazione del sinistro (da inviare contestualmente all' apertura dello stesso alla CNCE da parte della Cassa Edile):

☐ Certificato Pronto Soccorso
☐ Scontrini fiscali delle spese sostenute **solo** per apparati terapeutici o proteici
☐ Fatture Spese Sanitarie Sostenute
☐ Codice IBAN del lavoratore: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(per liquidazione sinistro)

Data_______________