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

Modulo 2 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: ***INDENNITA' FORFETTARIA A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE PER RICOVERO OSPEDALIERO, UGUALE O SUPERIORE A 15 GIORNI E/O INVALIDITA'PERMANENTE SUPERIORE AL 50%*** *(p.3 a), b), c) e d) 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. .....

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):

☐ Cartella clinica
☐ Certificato Inail (attestante invalidità permanente superiore al 50%)
☐ Codice IBAN del lavoratore: (per liquidazione sinistro)

Data_____