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

Modulo 4.2 (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: ***INTEGRATIVA PER SERVIZIO DI VITTO E LETTO A FAVORE DI ACCOMPAGNATORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE UBICATO AL DI FUORI DELLA REGIONE DI RESIDENZA DEL LAVORATORE INFORTUNATO***

(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.....

Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 – "Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale" – data del sinistro.

.....

.....

Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione- Indirizzo- Comune – Provincia – Regione

.....

.....

.....

.....

Periodo durata cure riabilitative

.....

.....

Numeri giorni accompagnatore gg.....

Dati anagrafici della persona assicurata

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

Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì** ☐ **no** ☐
con contribuzione integrativa volontaria
(l'adesione deve essere stata formalizzata almeno trenta giorni prima della data di accadimento del sinistro)

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

☐ Cartella clinica
☐ Certificato INAIL
☐ Documento di identità e codice fiscale accompagnatore
☐ N° _____altri documenti
☐ Codice IBAN del lavoratore:
(per liquidazione sinistro)

Data _____