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

Modulo 4 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: ***TRATTAMENTO DI CURE PER LA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE(p. 4,5,6 e) 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.....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)

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

.....
.....

Descrizione dell'evento

.....
.....
.....

Descrizione sommaria delle lesioni subite

.....
.....

Luogo del ricovero

.....
.....

Durata del ricovero ospedaliero

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

Prognosi gg.....

(Allegare Modulo di "Proposta di ricovero"integralmente compilato)

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

☐ Cartella clinica
☐ Certificato INAIL
☐ Codice IBAN del lavoratore: (per liquidazione sinistro)

Data _____