

Modulo 6 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI MALATTIE PROFESSIONALI, CON INVALIDITÀ SUPERIORE AL 55%, RICONOSCIUTA DA INAIL**
 (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, in cui è stata contratta la patologia

.....

Descrizione della patologia

.....

Data di riconoscimento da parte dell'Inail della professionalità della malattia contratta

.....

Luogo dell'eventuale ricovero

.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infortunio ha comportato un ricovero presso struttura ospedaliera della durata di gg.
 (si ricorda 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):

- Fatture Spese Sanitarie Sostenute
- Certificato Inail
- Ricevute pagamento ticket
- Codice IBAN del lavoratore
 (per liquidazione sinistro)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data _____