

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 4 (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **TRATTAMENTO DI CURE PER LA RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE** (p. 2 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 infortunata

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

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)

Data

N.B.

UNIPOL trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o email, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 4.1 (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: **INTEGRATIVA PER RIMBORSO FORFETARIO SPESE DI TRASPORTO A FAVORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (p. 2 h) 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.....

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**

.....

.....

.....

Dati anagrafici della persona infortunata

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

Data

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

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 CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (p 2 g) 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.....

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**

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

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- C.Fisc.....

Dati anagrafici dell'accompagnatore

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

Data_____

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o email, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 4.3 (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: **INTEGRATIVA PER DIARIA GIORNALIERA A FAVORE DI ACCOMPAGNATORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO CONVENZIONATO E ABILITATO AI SENSI DI LEGGE** (p. 2 f) 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.....

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 delle cure riabilitative:

.....

Dati anagrafici della persona infortunata

- Nome.....
- Cognome
- C.Fisc.....

Dati anagrafici dell'accompagnatore

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

Data.....

N.B.

UNIPOL, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, al quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.

Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 774/77/21214040

Modulo 5 (per la denuncia di sinistro e richiesta di autorizzazione)

Prestazione: **RIMBORSO SPESE PER PROTESI DENTARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO.**

(p. 3 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 infortunata

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

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

Descrizione dell'evento

Descrizione sommaria delle lesioni subite (allegare progetto di cura predisposto dall'odontoiatra curante)

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

Data _____

N.B.

CNCE, dopo avere ricevuto *autorizzazione da parte del medico fiduciario e successiva informazione da UNIPOL*, trasmetterà alla Cassa Edile denunciante l'indirizzo, postale o e-mail, alla quale dovrà essere trasmessa la documentazione relativa all'infortunio.