

FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO

2) Modulo per la denuncia sinistro per indennità da ricovero ospedaliero

Numero di polizza 774/77/46159892

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.....
- recapito telefonico.....
- C.Fisc.....

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

.....
.....

Descrizione dell'evento

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

Data inizio e fine ricovero ospedaliero

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

Struttura sanitaria del ricovero (indirizzo, reparto, ecc.)

.....
.....

N.B.
da inviare a info@edilcard.it