

Polizza CNCE - Numero di polizza 774/77/21212873

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

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

(di cui al punto 4 delle Condizioni di 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

.....

N.B.

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