

Modulo 1/A (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE**
(p. 1 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 **BRESCIA** Codice CNCE **BS00**
- Cognome operatori referenti **BECCARIA-BRUSCO**
- Indirizzo e-mail operatore referente **servizi@cassaedilebrescia.it**
- Recapito telefonico **030 289061**

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA ASSICURATA

- Nome
 - Cognome
 - Indirizzo
 - Comune di residenza
 - Recapito telefonico
 - Tel. Cellulare
 - e-mail
 - Altro recapito
 - Codice fiscale
- iscritto al fondo PREVEDI
sì no
se SI, numero di iscrizione
al Fondo

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

.....
.....

Descrizione dell'evento

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

Descrizione sommaria delle lesioni subite

.....
.....

Luogo dell'eventuale ricovero

.....
.....

Durata del ricovero ospedaliero

L'infornuto 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 successivamente all'avvenuta apertura dello stesso, al CLG (liquidatore) assegnato], dalla cassa edile:

- Certificato Inail
- Scontrini fiscali delle spese sostenute **solo** per apparati terapeutici o proteici
- Fatture Spese Sanitarie Sostenute
- Codice IBAN del lavoratore:

(per liquidazione sinistro)

La Cassa Edile trasmetterà la documentazione in originale all'indirizzo che le verrà comunicato da Sertel.

Data _____

1) FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE OPERAI

Se in conseguenza di **infortunio professionale od extra professionale**, l'assicurato fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto nel successivo punto 7 comma a) inizialmente convenuto in **€ 1.000,00**, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie) delle Condizioni Generali di Assicurazione;

- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche fisioterapiche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto, noleggio o affitto di apparecchi terapeutici o di apparecchi protesici di qualsiasi tipo (escluse protesi dentarie);

Il fondo, tramite la Compagnia, rimborsa inoltre, sino al **20%** (eventualmente rivedibile di anno in anno) della somma assicurata, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per protesi dentarie.

Qualora l'Assicurato risulti iscritto al Fondo Pensionistico "**Prevedi**" il massimale viene elevato ad **€ 2.000,00**.

1.b.) Rimborso integrale ticket

Nel caso in cui il lavoratore si rivolga alle strutture pubbliche e non a quelle private per le prestazioni di cui ai punti precedenti, verranno integralmente rimborsati i ticket dovuti al S.S.N., senza applicazione di alcuna franchigia.