

**Polizza CNCE - LAVORATORE - Numero di polizza 774/77/21214040**

**Modulo 1** (per la denuncia di sinistro)

Prestazione: **RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO** (p. 1 Cond. polizza)  
(da inviare a **CNCE** all'indirizzo e-mail [info@edilcard.it](mailto: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..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **si** O **no** O
- Cognome ..... (se si) n. iscrizione al Fondo .....
- 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**

.....  
.....

**Luogo dell'eventuale ricovero**

.....  
.....

**Durata del ricovero ospedaliero**

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

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

## **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 5) 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.