

# FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO

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

Da presentare alla propria Cassa Edile di riferimento, completo di documentazione,  
entro il 31 maggio successivo all' anno solare in cui e' accaduto l'evento.  
Oltre tale termine potra' decadere il diritto alla prestazione

**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](mailto:info@edilcard.it)