

**Polizza CNCE - TITOLARI - Numero di polizza 2438/77/116122766**

**Modulo 4.1** (per la richiesta di prestazione integrativa)

Prestazione: **INTEGRATIVA PER RIMBORSO FORFETTARIO SPESE DI TRASPORTO A FAVORE DI ASSICURATO SOTTOPOSTO A RIABILITAZIONE PRESSO ISTITUTO ABILITATO AI SENSI DI LEGGE**

(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 TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE**

**Dati Cassa Edile denunciante**

- Cassa Edile di..... Codice CNCE.....
- Cognome operatore referente.....
- Indirizzo e-mail operatore referente.....
- recapito telefonico.....

**Numero di rubricazione sinistro aperto con Modulo di denuncia 4 - "Cure di riabilitazione neuromotoria a seguito di infortunio professionale" - data del sinistro.**

.....  
.....

**Istituto di Ricovero e Cura presso la quale il lavoratore è sottoposto a cure di riabilitazione - Indirizzo - Comune - Provincia - Regione**

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

**Dati anagrafici della persona assicurata**

- Nome.....
  - Cognome.....
  - Indirizzo.....
  - Comune di Residenza.....
  - Recapito telefonico.....
  - Tel. Cellulare.....
  - e-mail.....
  - Altro recapito.....
  - C.Fisc.....
- Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì 0 no 0**  
(se sì) n. Iscrizione al Fondo .....

**La Cassa Edile dichiara di essere in possesso della seguente documentazione (barrare):**

- Cartella clinica
- N° \_\_\_\_\_ altri documenti
- Codice IBAN del lavoratore:  
(per liquidazione sinistro)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

**Data** \_\_\_\_\_

#### **d) Rimborso forfetario spese di trasporto**

All'assicurato ricoverato per le cure riabilitative, verrà riconosciuto un rimborso forfetario di € 500,00, se la cura avviene all'interno della Regione di residenza ovvero di € 1.000,00, se la cura avviene fuori la Regione di residenza.

**DOCUMENTAZIONE ORIGINALE ALLEGATA**

**Cartella clinica** .....

.....

.....

**Altro documento** .....

**Altro documento** .....

**Altro documento** .....

**Altro documento** .....