

**Polizza CNCE - LAVORATORI - Numero di polizza 2438/77/60743103**

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

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

(p.7. 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 assicurata**

- Nome.....
- Cognome .....
- Indirizzo..... Iscritto al Fondo "Prevedi" **sì 0 no 0**
- Comune di Residenza.....Prov..... (se sì) n. Iscrizione al Fondo .....
- 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**

.....

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

**N.B.**

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

## **RIMBORSO SPESE SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO PROFESSIONALE CHE COLPISCA L'APPARATO MASTICATORIO**

Nel caso di infortunio professionale che causi danni all'apparato dentale e ne comprometta le funzioni masticatorie, la Compagnia a condizione che risultino danneggiati totalmente almeno 4 denti posteriori o totalmente almeno 4 denti anteriori, rimborserà le spese odontoiatriche sostenute purché strettamente necessarie al ripristino della funzionalità masticatoria, fino ad un massimo di € 7.500,00.

Il rimborso avverrà esclusivamente se il progetto di cura, predisposto da parte dell'odontoiatra curante, sarà stato approvato da un medico fiduciario nominato di concerto tra la Compagnia Assicuratrice Unipol e la CNCE.