

FONDO NAZIONALE RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO

Cassa Edile della Provincia
di Grosseto
Via Monterosa n. 196
58100 Grosseto

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

Numero di polizza 774/77/46159892

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.)

.....
.....

Data/...../.....

FIRMA

.....

ATTENZIONE: in mancanza del consenso per la gestione dei dati personali (privacy) l'assistenza verrà tenuta in sospenso fino all'acquisizione della documentazione suddetta.

N.B.

Il lavoratore deve procurarsi cartella clinica.