Alla Cassa Edile di Mutualità e Assistenza Interprovinciale del Veneto - C.E.I.V.
Sede: Via San Pelaio, 35 - TREVISO
tel. 0422/308826 - Fax 0422/308819
www.ceiv.it
e-mail:assistenze.tv@ceiv.it

TIMBRO DI ARRIVO (spazio riservato alla Cassa Edile)

DOMANDA DI PRESTAZIONI - MOD. A

__l__ sottoscritt_____nat_____

a_____ il _____ e residente a _____prov.( )

in Via _____ nr. _____ cap _____

tel: _____ e-mail_____

dipendente dell'impresa _____ **Codice Cassa Edile Lavoratore** |_____|

dichiarando di essere a conoscenza e di accettare quanto disposto dai vigenti C.C.N.L., Contratto Integrativo Interprovinciale, Statuto e Regolamento della C.E.I.V. e confermando la propria adesione alla C.E.I.V.

CHIEDE

Prestazioni sanitarie

□ **1) Concorso alle spese per protesi oculistiche(montatura, lenti e lenti a contatto)**
- □ Lavoratore
- □ Famigliare a carico _____

□ **2) Concorso alle spese per protesi acustiche**
- □ Lavoratore
- □ Famigliare a carico _____

□ **3) Concorso alle spese per protesi ortopediche**
- □ Lavoratore
- □ Famigliare a carico _____

□ **4) Concorso alle cure per protesi dentarie e apparecchi ortodontici**
- □ Lavoratore
- □ Famigliare a carico _____

Altre Prestazioni

□ **5) Un eventuale contributo straordinario per:**

_____

□ **6) Prestazione Ape 300 ore caso morte o invalidità permanente**

del/la lavoratore/trice _____

QUADRO A

DICHIARAZIONE DELL'IMPRESA

Si attesta che il lavoratore suindicato gode delle detrazioni d'imposta di cui all'art. 12 T.U.I.R. per i seguenti famigliari a suo carico:

INDICARE I NOMINATIVI DEI FAMIGLIARI A CARICO

MG: _____

FG: _____

_____

_____
Timbro e firma dell'Impresa

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA EDILE

COMPETENZA: _____

PROTESI:_____

☐ LAVORATORE

☐ FAMILIARI:_____

_____ % DI _____ = _____

MAX: _____

DATA FATTURA: _____

DATA LIQUIDAZIONE: _____

QUADRO B

DICHIARAZIONE

A pena di esclusione d'ufficio per 12 mesi dalle erogazioni della Cassa Edile, **dichiara** che nessuna domanda è stata rivolta né verrà presentata ad altra Cassa Edile, così come nessuna erogazione per lo stesso titolo da altra Cassa Edile è stata ottenuta od è in corso di ottenimento.

li,_____ _____
(firma del richiedente)

QUADRO C

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a …….. dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del REG.UE 2016/679 allegate al presente modulo, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal REG.UE 2016/679 e:

a- di acconsentire al trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità indicate nell'informativa. **(Conferimento obbligatorio per lo svolgimento dell'attività della Cassa Edile).**

Luogo, data…… Firma del/la lavoratore/trice……

b- di acconsentire al trattamento dei dati relativi al mio nucleo familiare/anche per il soggetto minorenne , per le finalità di cui al punto 2) dell'informativa. **(Conferimento facoltativo –obbligatorio solo per chi riceve assistenze per i familiari a carico).**

Luogo, data…… Firma del/la lavoratore/trice……

LE MODALITA' E I TERMINI DI PRESENTAZIONE SONO SPECIFICATI SUL RETRO

PRESTAZIONI EROGATE	REQUISITI	DOCUMENTI RICHIESTI	TERMINI
Concorso spese protesi lavoratore/famigliare Protesi Oculistiche (montatura, lenti, lenti a contatto) Protesi Acustiche Protesi Ortopediche Cure e protesi dentarie e apparecchi ortodontici	Lavoratore denunciato nel mese di sostenimento della spesa, come comprovata dalla data della fattura o ricevuta fiscale a saldo, da impresa in regola con i versamenti contributivi e con versamenti per il lavoratore presso la singola Cassa Edile per almeno 600 ore di lavoro negli ultimi 12 mesi precedenti l'evento	- Domanda di prestazione (Mod. A) - Fattura a saldo o ricevuta fiscale a saldo attestante la spesa complessivamente sostenuta e contenente in dettaglio le prestazioni effettuate. - Dichiarazione del medico curante o fornitore attestante l'identità della persona cui la prestazione è stata effettuata. (Mod. E) - Stato famiglia o autocertificazione (per i famigliari) - Prestazioni eseguite all'estero: - Documentazione validamente formata nel Paese stesso, ai sensi della normativa ivi vigente,con traduzione giurata in lingua italiana. La Cassa Edile si riserva di eseguire accertamenti e richiedere eventuale ulteriore documentazione circa l'avvenuto intervento, sia l'ammontare della spesa complessivamente sostenuta, sia la congruità della documentazione fornita.	Domanda entro 90 giorni dalla data della fattura a saldo o ricevuta fiscale a saldo relativa alle prestazioni ottenute.
Contributo straordinario	Disposti dal Consiglio di Amministrazione in relazione alle disponibilità finanziarie della Cassa a favore del lavoratore o dei famigliari a carico. Lavoratore denunciato nel mese di sostenimento della spesa, come comprovata dalla data della fattura o ricevuta fiscale a saldo, da impresa in regola con i versamenti contributivi e con versamenti per il lavoratore presso la singola Cassa Edile per almeno 600 ore di lavoro negli ultimi 12 mesi precedenti l'evento	- Domanda di Prestazioni (Mod. A). - Eventuali ulteriori documentazione richiesta dalla Cassa Edile	
Prestazione Ape 300 ore caso morte o invalidità permanente	Maturazione o percepimento della liquidazione APE ordinaria	- Domanda di Prestazioni (Mod. A). - Certificato di morte. - Dichiarazione sostitutiva di atto notorio predisposta dalla Cassa Edile con la firma autenticata dall'addetto del comune di residenza corredata da copia del documento d'identità del dichiarante. - Stato famiglia originario o storico. - Copia codici fiscali eredi. - Modulo per l'accredito in conto corrente (per l'erede) - Restituzione della dichiarazione di ricevuta dell'informativa sul trattamento dei dati personali firmata da ciascun erede - Decreto del giudice tutelare predisposto dalla Cassa Edile. - Certificato medico con l'indicazione della sussistenza dell'invalidità permanente assoluta al lavoro. - Eventuali altri documenti richiesti dalla Cassa.	

ISTRUZIONI PER IL RIMBORSO

Tipo prestazione	Modalità di rimborso	Ammontare massimo per nucleo famigliare (famigliari fiscalmente a carico)
Protesi Oculistiche (montatura, lenti, lenti a contatto)	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 180,00 € nell'anno Cassa Edile (ottobre - settembre)
Protesi Acustiche	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 200,00 € nell'anno Cassa Edile (ottobre - settembre)
Protesi Ortopediche	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 300,00 € nell'anno Cassa Edile (ottobre - settembre)
Protesi dentarie e apparecchi ortodontici	50% delle spese sostenute	con un massimo complessivo di 1700,00 € nel triennio fisso Cassa Edile (ottobre - settembre)

MODALITA' DI COMPILAZIONE

Il lavoratore dovrà allegare i documenti richiesti e:
- indicare le proprie generalità
- barrare la casella relativa alla prestazione richiesta
- apporre la propria firma sul Modulo domanda
- far compilare il Quadro A "Dichiarazione dell'Impresa" solamente in caso di richiesta per famigliari a carico
- apporre la propria firma nel quadro B "Dichiarazione"
- apporre la propria firma nel quadro C/a "DICHIARAZIONE DI RICEVUTA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" se la prestazione è richiesta per sé
- apporre la propria firma nel quadro C/b "DICHIARAZIONE DI RICEVUTA DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" se la prestazione è richiesta per familiare a carico
- staccare e trattenere l'informativa relativa all'art. 13 REG. UE 2016/679