

**Alla Cassa Edile di Mutualità e Assistenza  
Interprovinciale del Veneto - C.E.I.V.**

Sede: Passaggio Corner Piscopia, 10 - PADOVA

tel. 049/8751069 - Fax 049/8753646

[www.ceiv.it](http://www.ceiv.it)

[e-mail:assistenze.pd@ceiv.it](mailto:e-mail:assistenze.pd@ceiv.it)

TIMBRO DI ARRIVO (spazio riservato alla Cassa Edile)

**DOMANDA DI PRESTAZIONI - MOD. A**

\_\_/\_\_/\_\_ 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

☐ Familiare a carico \_\_\_\_\_

☐ **2) Concorso alle spese per protesi acustiche**

☐ Lavoratore

☐ Familiare a carico \_\_\_\_\_

☐ **3) Concorso alle spese per protesi ortopediche**

☐ Lavoratore

☐ Familiare a carico \_\_\_\_\_

☐ **4) Concorso alle cure per protesi dentarie e apparecchi  
ortodontici**

☐ Lavoratore

☐ Familiare 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                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Concorso spese protesi lavoratore/famigliare</b>      | 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Domanda di prestazione (Mod. A)</li> <li>- Fattura a saldo o ricevuta fiscale a saldo attestante la spesa complessivamente sostenuta e contenente in dettaglio le prestazioni effettuate.</li> <li>- Dichiarazione del medico curante o fornitore attestante l'identità della persona cui la prestazione è stata effettuata. (Mod. E)</li> <li>- Stato famiglia o autocertificazione (per i famigliari)</li> </ul> Prestazioni eseguite all'estero:<br>- Documentazione validamente formata nel Paese stesso, ai sensi della normativa ivi vigente, con traduzione giurata in lingua italiana.<br>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. |
| Protesi Oculistiche (montatura, lenti, lenti a contatto) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| Protesi Acustiche                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| Protesi Ortopediche                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |
| Cure e protesi dentarie e apparecchi ortodontici         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                         |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                     |   |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Domanda di Prestazioni (Mod. A).</li> </ul> Eventuali ulteriori documentazione richiesta dalla Cassa Edile | - |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

|                                                            |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Prestazione Ape 300 ore caso morte o invalidità permanente | Maturazione o percepimento della liquidazione APE ordinaria | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Domanda di Prestazioni (Mod. A).</li> <li>- Certificato di morte.</li> <li>- 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.</li> <li>- Stato famiglia originario o storico.</li> <li>- Copia codici fiscali eredi.</li> <li>- Modulo per l'accredito in conto corrente (per l'erede)</li> <li>- Restituzione della dichiarazione di ricevuta dell'informativa sul trattamento dei dati personali firmata da ciascun erede</li> <li>- Decreto del giudice tutelare predisposto dalla Cassa Edile.</li> <li>- Certificato medico con l'indicazione della sussistenza dell'invalidità permanente assoluta al lavoro.</li> <li>- Eventuali altri documenti richiesti dalla Cassa</li> </ul> |  |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| ISTRUZIONI PER IL RIMBORSO                               |                           |                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tipo prestazione                                         | Modalità di rimborso      | Ammontare massimo per nucleo familiare (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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Il lavoratore dovrà allegare i documenti richiesti e:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicare le proprie generalità</li> <li>- barrare la casella relativa alla prestazione richiesta</li> <li>- apporre la propria firma sul Modulo domanda</li> <li>- far compilare il Quadro A "Dichiarazione dell'Impresa" solamente in caso di richiesta per famigliari a carico</li> <li>- apporre la propria firma nel quadro B "Dichiarazione"</li> <li>- 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</li> <li>- 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</li> <li>- staccare e trattenere l'informativa relativa all'art. 13 REG. UE 2016/679</li> </ul> |