

Ufficio: Direzione.

Oggetto: Modulo DOMI (MAL/INF) Richiesta rimborso.

prot.:



Ragusa 26.04.17

Ai Consulenti Imprese
Iscritte Cassa Edile Ragusa
Alle Imprese Edile con Mut
Iscritte Cassa Edile Ragusa

Si trasmette in allegato nuovo modulo di Richiesta di Rimborso per le Imprese, mod.DOMI (Mal/Inf), per Malattia/Infortunio, da utilizzare dal 1.3.2017, giusto CCPL 13.3.17 Allegato 5.

Detta richiesta, scaricabile dal sito www.cassaedileragusa.it link Modulistica, deve essere completa in tutte le sue parti e trasmessa perentoriamente entro il mese successivo all'evento, così come entro il mese successivo all'evento, deve essere trasmessa la relativa denuncia MUT, pena la decadenza del rimborso.

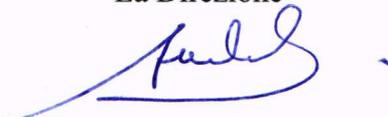
Si ricorda che per avere diritto al rimborso, l'impresa deve essere al corrente con i versamenti dei contributi, degli accantonamenti e quant'altro dovuto alla Cassa, entro il mese successivo all'evento per il quale si chiede il rimborso e allegare i seguenti documenti:

- **Durc On Line in corso di validità per il periodo interessato all'evento;**
- **Busta Paga Operaio relativa al mese in cui si è verificato l'evento;**
- **Certificato Medico comprovante inizio e durata dell'evento;**
- **Codice Iban dell'Impresa.**

Fermo restando la scadenza perentoria entro il mese successivo l'evento, relativa alla presentazione di Richiesta Rimborso Mod. DOMI (Mal/Inf) e alla trasmissione della denuncia MUT, la Cassa Edile verificherà in fase istruttoria la completezza della pratica e gli adempimenti contributivi di cui sopra e qualora riscontri una qualsiasi inadempienza, ne darà comunicazione all'impresa e/o al proprio Consulente, assegnando il termine perentorio di 10 giorni per la necessaria regolarizzazione della propria posizione, riguardante l'integrazione dei documenti e/o i versamenti del dovuto alla Cassa, pena la perdita del diritto al rimborso.

Per qualsiasi chiarimento o informazione, siamo come sempre a Vs disposizione.

La Direzione



RICHIESTA RIMBORSO Malattia/Infortunio "CCPL 13.3.2017 Allegato 5"

Alla Cassa Edile di RAGUSA

Ragione Sociale Impresa: _____ Mese Evento ____ / ____

Cod. Cassa E. _____ **Cod.IBAN** _____

Lavoratore : _____ nato il _____ assunto il _____ qual. _____

Ore denunciate nel trimestre _____ ; data inizio evento _____ ; data ricaduta _____ , data fine evento _____.

Rimborso per: **MALATTIA**

Carenza superiore a 6 giorni: gg _____ X € _____ = € _____ ;

“ “ “ “ a 12 giorni: gg _____ X € _____ = € _____ ;

dal 4° al 20° giorno: gg _____ X € _____ = € _____ ;

dal 21° al 180° giorno: gg _____ X € _____ = € _____ ;

dal 181 al 270° giorno non Ind. Inps: gg _____ X € _____ = € _____ ;

ore _____ X € _____ = € _____ ;

Totale somma corrisposta al 100 % = € _____ .

Rimborso Malattia Ridotto: Ore Trim. X Somma corrisposta al 100% = € _____ (Somma rimborso ridotto)
450

Rimborso per: **INFORTUNIO** dal giorno successivo l'evento e fino al 90°: gg _____ X € _____ = € _____
dal 91° giorno in poi gg _____ X € _____ = € _____

Totale somma corrisposta al 100 % = € _____ .

● **L'Impresa chiede di portare in compensazione l'importo dovuto per il presente rimborso, come previsto dal CCPL 13.3.2017, con il dovuto della denuncia del mese successivo; SI NO**

● **L'Impresa ha in corso una rateizzazione: SI NO**

☐ **IMPORTANTE:** L'Impresa deve essere al corrente con i versamenti di accantonamenti e contributi per i mesi precedenti e fino a quello dell'evento. La presente richiesta va presentata entro e non oltre il mese successivo all'evento e devono essere allegati i seguenti documenti:

- DURC Online, in corso di validità, nel periodo di paga per il quale si chiede il rimborso;
- Certificato Medico, di Malattia o Infortunio;;
- Busta Paga, relativa al mese dell'evento;.
- Codice Iban dell'Impresa.

Eventuali Integrazioni Documenti o Versamenti, entro 10 giorni dalla richiesta di regolarizzazione, pena la decadenza del rimborso.

☐ **N.B.: I pagamenti saranno effettuati esclusivamente tramite bonifici bancari.**

Luogo e data _____

Timbro e firma dell'Impresa

Documenti mancanti: _____ da integrare entro 10 giorni dal _____
Versamenti mancanti: Mese/i _____ € _____ da effettuare entro 10 giorni dal _____

(firma e data di chi presenta la pratica)

(ufficio protocollo)

Mod. DOMI (Mal / Inf)