

RICHIESTA RIMBORSO Malattia/Infortunio "CCPL 13.3.2017"

Allegato 5 A.C.P.L. 18.9.18

Alla Cassa Edile di RAGUSA

Impresa: _____ Mese Evento _____ / _____ Cod. Cassa E. _____

Lavoratore: _____ nato il _____

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

Codice Iban Impresa: _____.

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: **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, così come le Denunce MUT, entro e non oltre il mese successivo all'evento e devono essere allegati i seguenti documenti:

- **Certificato Medico, di Malattia o Infortunio;**
- **Busta Paga, relativa al mese dell'evento;**
- **Codice Iban dell'Impresa.**

Eventuali Integrazioni Documenti o Versamenti, entro 90 giorni dalla richiesta di regolarizzazione, pena la decadenza del rimborso. ☑ N.B.: I pagamenti saranno effettuati esclusivamente tramite bonifici bancari.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto/visionato su www.cassaedileragusa.it, sezione PRIVACY, le informazioni di cui all'art 13 del REG. UE 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei miei dati, per le finalità di cui al punto 1.

Luogo e data _____

Timbro e firma dell'Impresa

Documenti mancanti: _____

da integrare entro 90 giorni dal _____

Versamenti mancanti: Mese/i _____ € _____

da effettuare entro 90 giorni dal _____

(firma e data di chi presenta la pratica)

(ufficio protocollo)

Mod. DOMI a) (Mal / Inf)