

**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](http://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)**