

# CASSA EDILE GENOVESE

## DI MUTUALITA' E DI ASSISTENZA

Via Borzoli, 61 – 16153 GENOVA – codice fiscale 80039390101

telefono (010) 566.471 – fax (010) 55.36.117 - Sito internet [www.cassaedilegenovese.it](http://www.cassaedilegenovese.it) – e-mail [operai@cassaedilegenovese.it](mailto:operai@cassaedilegenovese.it)

### CONTRIBUTO SPESE SANITARIE PER I FAMILIARI A CARICO

DATI LAVORATORE	(codice fiscale)		
	(Cognome)	(Nome)	(Data di nascita)
	(Indirizzo)		
	(Cap)	(Città)	(Provincia)
Telefono: .....		Indirizzo mail: .....@.....	
<i>"Il sottoscritto dichiara di aver preso atto e ricevuto copia dell'informativa sul trattamento dei dati personali, anche particolari, redatta ai sensi del Regolamento UE/2016 n.679 allegato alla presente domanda e sempre disponibile sul sito internet della Cassa Edile".</i>			
...../...../.....		.....	
(Data)		(Firma)	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;">Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare <u>tempestivamente</u> alla Cassa Edile Genovese, le eventuali variazioni (modifica numero di conto, estinzione, variazione di indirizzo, ecc.) dei dati occorrenti per lo svolgimento del servizio, manlevando la Cassa Edile Genovese da ogni responsabilità, per eventuali disguidi derivanti da errate o mancate informazioni.</div>			

Elenco importi	Massimi rimborsabili (*)	
Apparecchio acustico fino al massimo	€ 520,00	Biennale
Scarpe ortopediche " "	€ 155,00	Annuale
Busto ortopedico " "	€ 104,00	Annuale
Lenti curative per occhiali da vista (esclusa montatura) (**)	€ 150,00	Biennale
Plantari " "	€ 52,00	Annuale
Cinto erniario " "	€ 42,00	Annuale
Ventriera " "	€ 26,00	Annuale
Collare ortopedico " "	€ 26,00	Annuale
Calze elastiche " "	€ 26,00	Annuale
Apparecchio ortodontico correttivo per i figli	€ 700,00	Una Tantum
Articoli sanitari vari " "	€ 26,00	Annuale

#### Requisiti

Hanno diritto a detti rimborsi i lavoratori dipendenti (non in prova) da Imprese iscritte alla Cassa Edile Genovese con versamenti regolari, i quali abbiano prestato **ALMENO 600 ORE LAVORATIVE NEI 12 MESI PRECEDENTI LA DATA DELLA FATTURA**, con relativo accantonamento di quanto dovuto contrattualmente.

(\*) La decorrenza del termine periodico deve intendersi dalla data dell'ultimo rimborso.

(\*\*) Rimborsabile il 40% della spesa sostenuta. La fattura deve indicare separatamente il costo delle lenti.

#### Documentazione

- 1) - Prescrizione medica.
- 2) - Fattura intestata al familiare.
- 3) - Stato di Famiglia o autocertificazione.
- 4) - Ultimo Modello C.U. attestante i familiari a carico.
- 5) - Fotocopia documento d'identità.

**Termine di presentazione della domanda: Entro 30 giorni dalla data della fattura.**