

# DOMANDA DI PRESTAZIONI

alla  
**CASSA EDILE DI VENEZIA**  
e Provincia di Mutualità e di Assistenza

via Col di Lana, 1/A 30171 MESTRE tel. 041.922.522

Il sottoscritto Stefani Marco nato il 07/03/1970

## CHIEDE

- 1 – ☐ Il **SUSSIDIO GIORNALIERO PER I FAMILIARI A CARICO** nei casi indennizzati dagli Istituti.
- 2 – ☐ Il sussidio annuo per **CURE TERMALI** o idropiniche del Lavoratore.
- 3 – ☒ Il contributo per concorso nelle **SPESE DI PROTESI** del Lavoratore.
- 4 – ☐ L'indennità in caso di **MORTE DEL LAVORATORE** per infortunio extraprofessionale.
- 5 – ☐ L'indennità in caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE** per infortunio extraprofessionale del Lavoratore.
- 6 – ☐ L'**ASSEGNO FUNERARIO** per la morte del Lavoratore non dovuta ad infortunio extraprofessionale.
- 7 – ☐ L'assegno funerario in caso di **DECESSO DI FAMILIARI A CARICO**.
- 8 – ☐ Il sussidio per **MALATTIA IRREVERSIBILE** di lunga durata del Lavoratore.
- 9 – ☐ Il **SUSSIDIO STRAORDINARIO** per gravi ed eccezionali avvenimenti.

## ALLEGA

I documenti elencati nel retro della presente, previsti per il caso segnato con una crocetta nella casella corrispondente;

## DICHIARA

che nessuna domanda è stata rivolta, né verrà rivolta ad altro Ente e/o Cassa Edile, così come nessuna erogazione, per lo stesso titolo, è stata ottenuta od è in corso di ottenimento da altro Ente e/o Cassa Edile;

## COMUNICA

che nei 12 mesi precedenti l'evento di cui alla presente domanda è stato iscritto alle Casse Edili di  
Venezia

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONI DELL'IMPRESA

A — da compilarsi in ogni caso	B — da compilarsi solo per le richieste 1 e 7
<p>Si attesta che il Lavoratore di cui alla presente domanda è alle dipendenze di questa Impresa dal _____</p> <p>e che al nome dello stesso vengono effettuati i relativi accantonamenti presso la cassa Edile di Venezia.</p> <p>li, _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Timbro e firma</p>	<p>Si attesta che al Lavoratore di cui alla presente domanda è stato erogato l'assegno per nucleo familiare fino alla data del _____</p> <p>nella misura mensile di € _____</p> <p>per n. _____ persone a carico.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Timbro e firma</p>

Liquidata in Euro \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_

PRESTAZ.	TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	DOCUMENTI RICHIESTI	MISURA E DURATA DELLE PRESTAZIONI in vigore dal 1.1.2007	MINIMO RICHIESTO
<b>1</b>		Dichiarazione della ditta attestante il pagamento dell'assegno per nucleo familiare, da compilarsi alla lett. B in calce al recto della presente, con allegato mod. ANF/DIP.	L'importo, pari a quello dell'INPS, viene erogato: — dal 91° giorno indennizzato dall'INAIL alla fine dell'infortunio o al 180° giorno se malattia professionale; — dal 181° giorno fino a tutto il periodo di copertura contrattuale per gli operai ammalati.	500 ore lavorative nei 12 mesi precedenti l'evento e relativo accantonamento presso la Cassa Edile di Venezia.
<b>2</b>	Entro 90 gg. dalla data di conclusione della cura.	— Fattura in originale della spesa sostenuta da cui risulta la sottoposizione presso un Istituto Termale ad una cura non inferiore a 6 sedute; — Certificato rilasciato dal medico curante.	€ 250,00.	idem come sopra
<b>3</b>	Entro 90 gg. dalla data di conclusione della prestazione.	— Fattura in originale della spesa sostenuta; — Dichiarazione del medico dentista per le protesi dentarie; — Certificato medico per le altre protesi.	Contributo fino al massimale di: - 50% della spesa sostenuta per protesi dentarie: nel corso di un triennio il lavoratore non può beneficiare di rimborsi superiori complessivamente a € 2.800,00; - € 270,00 primo intervento protesi oculistica, € 200,00 per i successivi, per un massimo di tre interventi in un triennio; - 75% della spesa sostenuta per protesi acustica con limite massimo di € 900,00; - 75% della spesa sostenuta per protesi ortopedica con limite massimo di € 700,00.	idem come sopra
<b>4</b>	Entro 30 gg. dalla data dello evento; i documenti vanno prodotti entro i successivi 6 mesi.	— Certificato di morte; — Stato di famiglia; — Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà; — Dichiarazione della Ditta attestante il rapporto di dipendenza; — Denuncia del sinistro su stampato fornito dalla Cassa Edile.	€ 4.500,00 da liquidarsi agli aventi diritto.	Si prescinde da qualsiasi anzianità
<b>5</b>	idem come sopra	— Dichiarazione della Ditta attestante il rapporto di dipendenza all'atto dello evento; — Denuncia del sinistro su stampato fornito dalla Cassa Edile.	€ 9.500,00 in caso di invalidità permanente assoluta; per le inabilità permanenti parziali l'indennizzo è commisurato sulle percentuali previste dalle compagnie di assicurazione.	idem come sopra
<b>6</b>	idem come sopra	I primi quattro documenti previsti al caso 4.	€ 850,00 da liquidarsi agli aventi diritto + € 200,00 per ogni familiare a carico.	idem come sopra
<b>7</b>	idem come sopra	— Certificato di morte; — Fotocopia del modello ANF/DIP domanda di assegno per nucleo familiare.	€ 350,00	idem come sopra
<b>8</b>		— Certificati medici.	Paga base + indennità di contingenza + indennità territoriale + E.D.R. + E.E.T. per coefficiente 0,330.	idem come sopra
<b>9</b>		I documenti vengono richiesti secondo i casi.	A discrezione del Consiglio di Amministrazione della Cassa Edile.	idem come sopra