

CASSA EDILE GENOVESE DI MUTUALITÀ E DI ASSISTENZA

16153 Genova – Via Borzoli, 61 A/B
 Telefono 010 566.471 – fax 010 55.36.117

Impresa

Modello D.O.M.I. – Denuncia Operai Ammalati e Infortunati

riguardante il mese di:

	N° Tesserino C.E.G.	Domanda di rimborso delle prestazioni						A	B	C			
		Cognome e Nome			Data di nascita						Periodo Assenza		
					Mensile						Evento		
		G	M	A							Importo liquidato dall'impresa	Rimborso determinato	Eventuali restituzioni per Rimborsi non dovuti
1					M	I	MP						
2					M	I	MP						
3					M	I	MP						
4					M	I	MP						
5					M	I	MP						
6					M	I	MP						
7					M	I	MP						
8					M	I	MP						
9					M	I	MP						
10					M	I	MP						
11					M	I	MP						
12					M	I	MP						
13					M	I	MP						
14					M	I	MP						
15					M	I	MP						
16					M	I	MP						
Totali								€	€	€			

La sottoscritta impresa, nel pieno rispetto dei vigenti Contratti Collettivi di Lavoro per gli operai dipendenti da Imprese Edili ed Affini, dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale che i dati esposti sono conformi a verità e che le somme evidenziate nella colonna A del presente modello sono state interamente corrispose agli interessati.

Timbro e firma dell'Impresa

li _____

Eventuali restituzioni di rimborsi precedenti non dovuti	Totale C	€
Totale rimborso richiesto	B - C	€

N.B. – Il presente modello privo di timbro e firma non verrà preso in considerazione.

Indicare il numero degli allegati sul retro.

AVVERTENZE

Avvertenze di carattere generale

Il presente modello D.O.M.I., atto ad ottenere il rimborso, alle condizioni e nei limiti previsti dal vigente C.C.N.L., delle somme erogate ai lavoratori a titolo di integrazione del trattamento economico di malattia, infortunio e malattia professionale, deve essere inviato alla Cassa Edile Genovese, unitamente alla sotto indicata documentazione, dopo la corresponsione della busta paga relativa al periodo considerato.

Le imprese sono tenute a presentare richiesta di rimborso alla Cassa Edile con cadenza mensile, tassativamente non oltre 90 giorni dalla data di scadenza del mese in cui il rimborso si riferisce, pena decadenza.

Tale modello dovrà essere compilato scrupolosamente in ogni sua voce e sottoscritto dal datore di lavoro o dal suo legale rappresentante.

Il datore di lavoro, sottoscrivendo il presente stampato, con l'apposita dichiarazione attestante l'avvenuta corresponsione ai lavoratori di quanto denunciato, si rende responsabile sia civilmente che penalmente dell'autenticità dei dati.

Avvertenze per la compilazione del modello "D.O.M.I."

Riportare tutti i dati richiesti, già evidenziati sui modelli individuali M.I./88 da allegarsi, avendo cura di ricordare che, qualora per lo stesso lavoratore si riscontrassero nello stesso mese, due eventi morbosi, anche della medesima natura, dovranno essere riportati su due diverse righe, sulla base appunto delle singole pratiche individuali mod. M.I./88 istruite in precedenza.

Nella colonna "Evento" segnare con una X il simbolo che identifica la pratica (**M** = Malattia; **I** = Infortunio; **MP** = Malattia Professionale).

Nella colonna **A** - dovrà essere riportato l'importo inerente la prestazione a carico Impresa, conteggiata al quadro A o al quadro B dell'allegato modello Individuale mod. M.I./88.

Nella colonna **B** - dovrà essere riportato l'importo inerente il singolo rimborso determinato nel quadro R del predetto mod. M.I./88.

Nella colonna **C** - dovrà essere riportato l'importo inerente un eventuale precedente rimborso da restituire alla Cassa Edile Genovese, in quanto, à seguito comunicazione scritta da parte dell'INPS o dell'INAIL il periodo in questione non era da considerarsi interamente indennizzabile. In tal caso, a documentazione di questo importo negativo da restituire alla Cassa Edile, si dovrà allegare al presente modello, oltrechè la fotocopia della comunicazione INPS o INAIL, attestante la contestazione del periodo di Malattia o Infortunio, anche il consueta modello individuale mod. M.I./88, debitamente compilato, col totale di segno negativo, per il solo periodo non indennizzabile.

Nei casi di eventi di malattia già rimborsati dalla Cassa Edile Genovese e successivamente riconosciuti dagli Istituti Previdenziali INPS e INAIL, quale infortunio o viceversa, si dovrà seguire la seguente prassi:

- 1) Compilare un nuovo modello D.O.M.I., esclusivamente per la pratica in questione, avendo cura di evidenziare, accanto al mese cui si riferisce la predetta pratica, la voce: conguaglio.
- 2) Sulla prima riga saranno riportati i dati con segno negativo inerenti la malattia o l'infortunio il cui rimborso, da restituire alla Cassa Edile Genovese, dovrà essere evidenziato nella colonna **C**.
- 3) Nella seconda riga saranno evidenziati i dati inerenti la pratica definitivamente accertata, con segno positivo.
- 4) Infine si dovrà effettuare la somma algebrica tra l'importo della colonna **B** e l'importo della colonna **C**.
Se il totale ottenuto risulterà positivo, la Cassa Edile Genovese provvederà, nel più breve tempo possibile, a rimborsare all'Impresa il predetto conguaglio.

Se invece il totale risulterà negativo, l'impresa provvederà a restituire alla Cassa Edile Genovese quanto indebitamente percepito, semprechè non vi siano in atto altri modelli D.O.M.I. da rimborsare; in questo caso sarà compito della Cassa Edile conguagliare la restituzione.

L'eventuale restituzione alla Cassa Edile Genovese dovrà avvenire a mezzo assegno circolare non trasferibile intestato "Cassa Edile Genovese".

Ovviamente, detta operazione dovrà essere avallata dalle fotocopie delle comunicazioni chiarificatrici degli Enti previdenziali e dai modelli individuali mod. M.I./88, compilati dall'impresa, uno di segno negativo, attestante il conteggio della prestazione e del rimborso non dovuto, uno di segno positivo, sviluppato per la nuova pratica, la cui natura risulta definitivamente accertata.

Documentazione da allegare

- Modelli individuali - Trattamento economico contrattuale per Malattia - Infortunio -Malattia Professionale, codificati mod. M.I./88 corredati della documentazione richiesta. N° _____
- Fotocopie dell'eventuale domande inerenti la Cassa Integrazione Guadagni presentate all'INPS per il trimestre solare precedente gli eventi. N° _____
- Fotocopia del mod. DM 10 M/RS che l'impresa ha inviato o invierà all'INPS unitamente al mod. DM 10 M-87 mensile per i lavoratori in malattia. N° _____
- Fotocopie delle eventuali comunicazioni INPS e INAIL inerenti le contestazioni dei periodi e la natura degli eventi.

Il presente modello è scaricabile dal sito www.cassaedilegenovese.it