

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 – e-mail operai@cassaedilegenovese.it

CONTRIBUTO SPESE PER PROTESI SOSTITUTIVE DI DENTI MANCANTI PER I FAMILIARI A CARICO

DATI LAVORATORE	(codice fiscale)		
	(Cognome)	(Nome)	(Data di nascita)
	(Indirizzo)		
	(Cap)	(Città)	(Provincia)
	Telefono:		Indirizzo mail:@.....
<p><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></p>			
...../...../..... (Data)	 (Firma)	
<p>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.</p>			

Elenco importi	Massimi rimborsabili	
Protesi sostitutive di denti mancanti (**) (elementi messi, no cure)		
massimo per elemento	€ 65,00	
fino al massimo di	€ 1.625,00	Triennale(*)

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.

(**) Allegare dichiarazione per il rimborso protesi.

Documentazione

- 1) - Dichiarazione per il rimborso protesi (allegata).
- 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.

NB: La Cassa Edile si riserva di effettuare verifiche a campione su tutte le prestazioni ed in presenza di documentazione non chiara di richiedere specifico accertamento presso studio specializzato.

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 - e-mail operai@cassaedilegenovese.it

DICHIARAZIONE PER IL RIMBORSO PROTESI C/O LA CASSA EDILE GENOVESE

Il sottoscritto _____ MEDICO DENTISTA
consapevole delle responsabilità civili e penali derivanti da falsa o non corretta dichiarazione,
dichiara di aver eseguito per il Sig. _____ nato il _____
le seguenti prestazioni come da Fattura n° _____ del _____
allegata al prospetto sottostante:

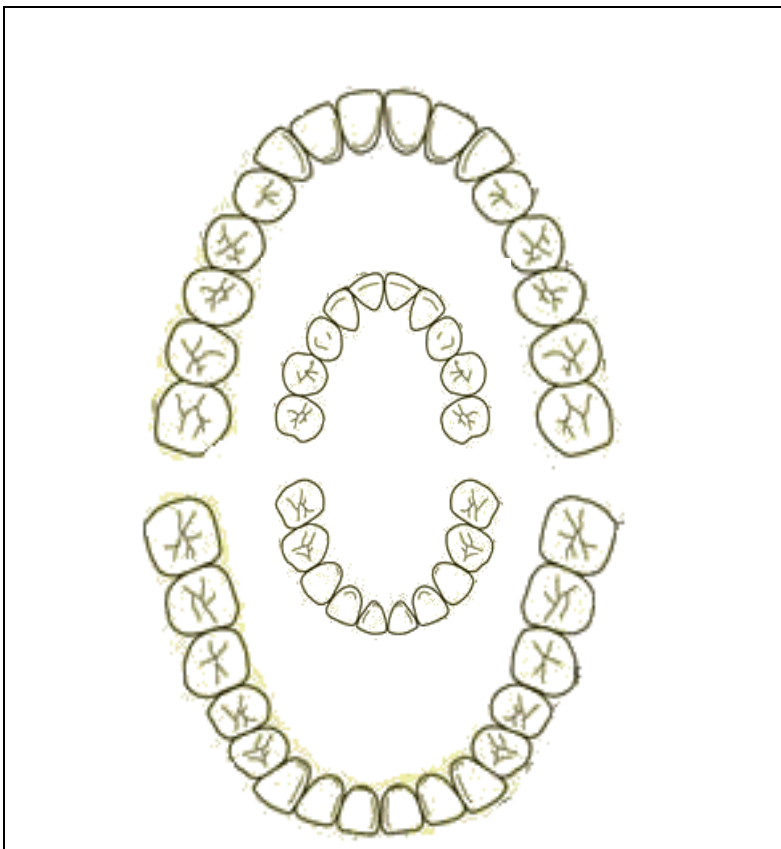
ELEMENTI MANCANTI E SOSTITUITI DA PROTESI N° _____ (segnare con simbolo X)

N.B.

SONO RIMBORSABILI UNICAMENTE LE **PROTESI SOSTITUTIVE DI DENTI MANCANTI** (NO CAPSULE O CORONE). **TALE DICITURA DEVE ESSERE INDICATA SULLA FATTURA.**

SON REEMBOLSABLES SÓLO EL REEMPLAZO PROTESICO DE DIENTES PERDIDOS (NO CAPSULAS O CORONAS). ESTA DECLARACIÓN DEBE SER INDICADA EN LA FACTURA.

ARE REFUNDABLE ONLY **THE PROSTHETIC REPLACEMENT OF MISSING TEEHT** (NO CAPS OR CROWNS). THIS STATEMENT MUST BE SHOWN ON THE INVOICE.



Sx

Dx

TIMBRO E FIRMA

data: _____