



CASSA EDILE DI MUTUALITA' ED ASSISTENZA
DI MILANO, LODI, MONZA E BRIANZA

Via S. Luca 6 - 20122 Milano Tel. 02.58496.1 e-mail: lavoratori@cassaedilemilano.it

01/03/2013-05/10/2017
ACCORDI

CONTRIBUTO PER SPESE IN CASO DI DECESSO

LAVORATORE	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> (codice fiscale)										Codice iscrizione LAVORATORE a CASSA EDILE N.									
	..... (Cognome)					..... (nome)					..... (Data di nascita)									
	..... (Indicare l'eventuale nominativo del "presso per corrispondenza")																			
	..... (Via)										..... (numero)									
	..... C.A.P.					..... (Città o Paese)					..... (Provincia)					CELLULARE N.				
	Indirizzo mail :@.....																			

Indicare eventuali Casse Edili di provenienza degli ultimi due anni:

Si richiede il contributo per la morte del:

- LAVORATORE
 - CONIUGE:
(Cognome e nome)
 - CONGIUNTO:
(parenti fino al 2° grado ed affini conviventi) (Cognome e nome)
 - GENITORE CONVIVENTE:
(Cognome e nome)
 - GENITORE NON CONVIVENTE:
(Cognome e nome)
- } decedut.... il

CAUSA DEL DECESSO: infortunio sul lavoro malattia professionale (*a pag. 2) altro motivo

N.B. - Se per altro motivo specificare quale

Documenti da allegare:

- 1) Autocertificazione composizione nucleo familiare attestante il grado di parentela e la convivenza con il defunto (utilizzare il modulo allegato).
- 2) Originale del certificato di morte o fotocopia autenticata da Pubblico Ufficiale
- 3) Fotocopia del codice fiscale del lavoratore e, in caso di morte del lavoratore, degli eredi
- 4) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà autenticata da un funzionario del comune di residenza (solo in caso di decesso del lavoratore)

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto chiede di poter fruire dei servizi e delle prestazioni della Cassa Edile, a norma del vigente C.C.N.L. per gli operai dipendenti da imprese edili ed affini, dell'accordo integrativo provinciale in vigore, nonché dello Statuto e del Regolamento della Cassa Edile stessa. Dichiara di applicare, e si impegna ad osservare, gli atti normativi sopra ricordati e consente alla Cassa Edile di esibire la presente dichiarazione in qualunque momento ne abbia interesse.

Il sottoscritto è consapevole della responsabilità penale cui va incontro in caso di dichiarazione mendace ex art. 76 del D.P.R. 445/2000. Il sottoscritto dichiara, altresì, sotto la propria responsabilità, di essere alle **DIPENDENZE DELL' IMPRESA:**

.....
(indicare obbligatoriamente il nome dell'impresa)

iscritta alla Cassa Edile e di essere egli stesso iscritto presso la Cassa Edile al momento di presentazione (o spedizione) della domanda. Il sottoscritto è a conoscenza del fatto che le domande incomplete di firma, dati anagrafici e/o dei documenti richiesti non verranno accolte.

Il sottoscritto acconsente al **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** - sia comuni che sensibili - ed alla loro comunicazione e diffusione per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Data presentazione Firma del lavoratore

IN CASO DI DECESSO DEL LAVORATORE l'azienda sopra indicata dichiara che il lavoratore era alle proprie dipendenze alla data del decesso.

.....
Firma del datore di lavoro.....

SPAZIO RISERVATO A CASSA EDILE

n° protocollo prestazione :

codice lavoratore :

codice familiare :

CONTRIBUTO PER SPESE IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso:

- a. del **lavoratore**, la Cassa Edile corrisponde alla famiglia un contributo dell'importo di **€860,00**, maggiorato di €180,00 per ogni figlio minorenni risultante a carico;
- b. del **coniuge**, la Cassa Edile eroga al lavoratore iscritto la somma di **€570,00 lordi (€438,90 netti)**;
- c. di **parenti ed affini fino al 2° grado**, che risultino conviventi, la Cassa Edile corrisponde al lavoratore iscritto la somma di **€220,00 lordi (€169,40 netti)**;
- d. di **genitori non conviventi**, la Cassa Edile eroga al lavoratore iscritto l'importo di **€180,00 lordi (€138,60 netti)**.

Il contributo ai familiari è riconosciuto secondo le indicazioni del testatore o nell'ordine stabilito per le successioni legittime (cfr. art. 565 e seg. c.c.).

I contributi di cui sopra si considerano comprensivi di quanto eventualmente rimborsato da Edilcard.

(*) *Per malattie professionali si intendono:*

- a) *bronicopneumopatie croniche e dell'asma bronchiale professionale;*
- b) *sordità da rumore;*
- c) *dermatiti da contatto;*
- d) *patologia da movimentazione manuale dei carichi, da postura e da movimenti ripetitivi;*
- e) *patologia da strumenti vibranti;*
- f) *patologia tumorale del mesotelioma o dell'epitelioma.*

TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDE

La domanda deve essere presentata entro **6 mesi** dalla data del decesso.

REQUISITI ORARI PER LA MATURAZIONE DEL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Il diritto alle prestazioni in favore del lavoratore o - nei casi in cui è previsto - dei familiari fiscalmente a carico (coniuge e figli a carico di almeno uno dei due coniugi), matura a condizione che il lavoratore al momento di presentazione della domanda sia dipendente da impresa iscritta alla Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza, sia egli stesso iscritto alla Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza e sia stato effettuato in suo favore l'accantonamento per **almeno 1.800 o 500 ore di lavoro ordinario nei 12 o nei 3 mesi precedenti la data del decesso**.

In caso di decesso del lavoratore per infortunio sul lavoro, l'erogazione della prestazione ha luogo indipendentemente dal monte ore maturato.

CALCOLO DEL DIRITTO

La verifica sul numero di ore accantonate sarà effettuata alla presentazione della domanda di rimborso e, qualora fossero sufficienti, la prestazione verrà pagata entro le tempistiche procedurali previste dalla Cassa Edile. **Nel caso in cui le ore dovessero essere insufficienti, il possesso del requisito di ore necessario per il diritto alla prestazione verrà verificato** da Cassa Edile prendendo in considerazione le ore accantonate ogni mese successivo a quello della presentazione della richiesta in Cassa Edile, **fino alla scadenza di un anno dalla data del decesso**.

La Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza effettuerà controlli sulla veridicità di quanto dichiarato con autocertificazione.

NORMATIVA COMUNE PER IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE

Ai fini dei requisiti orari delle **1.800 o 500 ore**, si calcolano, nei limiti della conservazione obbligatoria del posto, anche le ore di assenza per servizio militare/civile, malattia, malattia tubercolare, infortunio sul lavoro e malattia professionale, congedo di maternità o di paternità regolarmente indennizzato, congedo parentale compreso il prolungamento previsto dall'articolo 33 del D.Lgs. n. 151/2001 per minori con *handicap* grave, intervento della C.I.G.O. (Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria) autorizzato dalla Commissione Provinciale o respinto per responsabilità dell'impresa, intervento della C.I.G.S. (Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria), approvato con D.M., e della C.I.G. in deroga autorizzata, permessi sindacali retribuiti, aspettative per cariche sindacali o funzioni pubbliche elettive, assemblee retribuite previste dal c.c.n.l. e dalla Legge n. 300/1970, permessi retribuiti previsti dal c.c.n.l. per i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, ferie maturate e godute, festività retribuite, permessi retribuiti per decesso o documentata grave infermità, previsti dall'articolo 1 del D.M. 278/2000, congedo non retribuito per gravi e documentati motivi familiari, previsto dall'articolo 2 del D.M. 278/2000, permessi orari e mensili per i soggetti portatori di *handicap* grave o per i loro familiari, autorizzati dall'INPS, previsti dall'articolo 33 della legge n. 104/1992, congedo straordinario autorizzato dall'INPS previsto dall'articolo 42 del D.Lgs. n. 151/2001, contratti di solidarietà, permessi individuali previsti dall'articolo 5, lettera B), del c.c.n.l., maturati e goduti, ore di assenza dal lavoro dei donatori di sangue, che abbiano effettuato la donazione presso un centro autorizzato del Ministero della Sanità. Per il riconoscimento delle situazioni sopra riportate dovrà essere prodotta idonea documentazione. I lavoratori che provengono da altre circoscrizioni territoriali (Province) ed iscritti alla Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza possono beneficiare delle prestazioni erogate da quest'ultima, purché la loro posizione relativa all'accantonamento presso la Cassa Edile di provenienza sia regolare. In tal caso il diritto di accesso alla prestazione matura quando viene raggiunto il requisito di ore accantonate sopra indicato, comprese le ore accantonate e certificate dalla Cassa Edile di provenienza. Fermo restando quanto precede, la prestazione richiesta deve riferirsi ad un evento accaduto o ad una fattura datata non oltre i 60 giorni precedenti la data dell'iscrizione alla Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza. In caso di mancanza del requisito orario, il lavoratore potrà beneficiare della prestazione nel momento in cui maturerà presso la Cassa Edile di Milano, Lodi, Monza e Brianza il monte ore richiesto.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ il _____
(luogo) (Prov.) (data)

residente a _____ in Via _____ n.° _____
(luogo) (Prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e della decadenza dei benefici eventualmente ottenuti.

DICHIARA

- di essere cittadino _____
- di essere coniugato/a con _____
- di essere divorziato/a da _____

che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)	(fiscalmente a carico)
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

- che il proprio _____ nato il _____
(rapporto di parentela) (cognome e nome)
- a _____ e residente a _____ è morto in data _____
- a _____

(Luogo e data)

(Il Dichiarante)