

RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

TERMINE PRESENTAZIONE DOMANDA 30 GIUGNO
DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO DELLE SPESE

SPAZIO RISERVATO ALLE CASSE EDILI

CODICE LAVORATORE

CODICE AZIENDA

Spett.le CASSE EDILI MODENA
VIA SANTI 6
41123 MODENA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ tel. _____

Via _____ n. _____

Alle dipendenze della ditta _____

CHIEDE

Di usufruire del rimborso per spese sanitarie, previsto dall' Accordo Sindacati/Associazioni imprenditoriali del luglio 1995 e dal regolamento delle assistenze delle Casse Edili Modenesi.

DOCUMENTI DA ALLEGARE GIA' IN FOTOCOPIE L E G G I B I L I :

1. Stato di famiglia
2. Documentazione relativa alle spese sostenute (fatture, ricevute fiscali, scontrini con ricetta medica etc ...) del lavoratore e dei familiari fiscalmente a Suo carico
3. Situazione dei redditi del lavoratore, della moglie e delle altre persone fiscalmente a carico (la documentazione deve essere quella relativa ai modelli fiscali es.: UNICO, 730, etc...).

SONO A CONOSCENZA CHE:

- la prestazione compete per le spese sanitarie, sostenute nel corso dell'anno e per le quali si beneficia della detrazione fiscale;
- è prevista una franchigia, calcolata in base al rapporto fra l'ammontare della spesa e il reddito medio dei componenti la famiglia, sotto la quale non vi è nessun diritto al rimborso;
- è necessaria una anzianità di almeno 6 mesi ed una media di 120 ore mensili regolarmente denunciate nell'ultimo anno presso le Casse Edili Modenesi;

L'eventuale rimborso dovrà essere accreditato sul c/c:

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. CONTO
____	____	____	____	____	_____
2 lettere	2 numeri	1 lettera	5 numeri	5 numeri	12 caratteri alfanumerici
ISTITUTO BANCARIO / UFF. POSTALE				Agenzia BANCA / POSTA di:	
INTESTATO A: (se gli intestatari sono più di uno indicare tutti i nomi)					

DATA _____

FIRMA _____

Note:

Le spese da considerare ai fini della richiesta sono solo quelle:

- per le quali è riconosciuta una detrazione fiscale,
- sostenute nel corso dell'intero anno per il lavoratore o per i familiari fiscalmente a carico (le spese della moglie rientrano fra quelle da considerare ai fini del rimborso **solo** se la moglie è fiscalmente a carico).

Per avere diritto al rimborso, saranno utilizzati i seguenti criteri con particolare riferimento alla franchigia che si applicherà:

ESEMPIO 1

FAMIGLIA COMPOSTA DA MARITO/MOGLIE/DUE FIGLI PICCOLI CON
REDDITO ANNUO DI € 25.000 (MARITO € 15.000 – MOGLIE € 10.000)

REDDITO MEDIO PRO CAPITE € 6.250 (€ 25.000:4)

IN QUESTO CASO **SE** LE SPESE SANITARIE SOSTENUTE NELL'ANNO RISULTANO SUPERIORI A € 625 (10% di € 6.250), SI PUO' INOLTARE LA RICHIESTA.

ESEMPIO 2

SUPPONIAMO INVECE UNA FAMIGLIA CON UN SOLO REDDITO, QUELLO DEL MARITO DI € 15.000 CON MOGLIE E DUE FIGLI A CARICO, IN QUESTO CASO IL REDDITO MEDIO PRO CAPITE SAREBBE DI € 3.750 (€ 15.000:4) IN TALE SITUAZIONE **SE** LE SPESE SANITARIE SOSTENUTE NELL'ANNO RISULTANO SUPERIORI A € 375 (10% DI € 3.750) SI PUO' INOLTARE LA RICHIESTA.

IL REDDITO DA PRENDERE A RIFERIMENTO E' QUELLO INDICATO NEI MODELLI FISCALI UNICO, 730, 740 AL NETTO DEI CONTRIBUTI SOCIALI E SANITARI MA AL LORDO DELLE RITENUTE FISCALI.