

ENBIF

ENTE BILATERALE FEDERALE

CONTRIBUTO SPESE ODONTOIATRICHE COD. RIF. 011

Il contributo sarà riconosciuto per il rimborso di spese odontoiatriche, sostenute anche per i figli a carico, non previste nella copertura della garanzia sanitaria.

Misura del contributo: fino a € 250,00 per nucleo familiare.

L'Ente ha stabilito un massimale annuo di € 5000. Le richieste saranno accolte fino ad esaurimento del massimale secondo una graduatoria facente riferimento alla data di richiesta della prestazione straordinaria.

CONDIZIONI

- L'evento per cui si richiede il rimborso deve verificarsi nell'anno corrente.
- Il diritto alla prestazione straordinaria matura dopo 150 giorni / 5 mesi dal primo versamento all'Ente effettuato dal datore di lavoro in favore del dipendente.
- La richiesta potrà essere effettuata nel rispetto del requisito precedente ed entro e non oltre 9 mesi dall'evento.
- L'azienda del richiedente dovrà essere in regola con i contributi all'ente per tutti i lavoratori in forza.

DOCUMENTAZIONE

- Modulo di richiesta per il contributo compilato in ogni sua parte con i dati del richiedente.
- Certificazione dello stato di famiglia del richiedente dalla quale risulti la composizione del nucleo familiare (in carta semplice).
- Copia della ricevuta fiscale della spesa sostenuta per ogni singola prestazione, rilasciata dalla struttura che ha erogato il servizio.
- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente.

N.B. Il dipendente sarà tenuto a specificare il codice di riferimento della prestazione straordinaria richiesta nell'apposito modulo.

N.B. La documentazione e il modello della richiesta dovranno essere inviate esclusivamente all'indirizzo prestazionistraordinarie@enbif.it (non saranno prese in esame le richieste inviate ad altri indirizzi). La documentazione dovrà essere inviata in un unico file della dimensione massima di 1Mb e esclusivamente in formato PDF. Il modello dovrà essere compilato in stampatello leggibile.

