

## MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE INDENNITA' INTEGRATIVA [ MOD. 01R ]

### ISCRITTO

COGNOME _____	NOME _____	
DATA DI NASCITA _____	COMUNE DI NASCITA _____	PROVINCIA _____
CODICE FISCALE _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	E-MAIL* _____
INDIRIZZO DI RESIDENZA _____	RECAPITO TELEFONICO* _____	
	<small>*CAMPI OBBLIGATORIO - Indicando l'indirizzo di posta elettronica autorizza il CIMIF all'invio di comunicazioni tramite e-mail</small>	
	LUOGO E CAP DI RESIDENZA _____	

### ATTESTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PER INTEGRAZIONE C.I.M.I.F.

ENTE \_\_\_\_\_

VIA / PIAZZA \_\_\_\_\_ COMUNE E (CAP) \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

IL SIG. \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

è stato assunto da questo Ente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per lavori di sistemazione idraulico-forestale.

DATA \_\_\_\_\_ TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_ NOME E COGNOME DEL RESPONSABILE \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che gli venga liquidata l'indennità integrativa per  MALATTIA o per  INFORTUNIO come previsto dal vigente CCNL per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Il Sottoscritto:

- DICHIARA sotto la propria responsabilità, di non aver percepito, né di dover percepire direttamente dal datore di lavoro o da altri Enti, analogo trattamento a quello del C.I.M.I.F. per lo stesso periodo di malattia o infortunio
- ALLEGA ricevuta dell'avvenuta erogazione da parte  dell'INPS /  dell'INAIL;  Certificato di residenza  Denuncia del medico che ha constatato l'infortunio, cartella clinica in caso di intervento chirurgico

### MODALITA' DI LIQUIDAZIONE

Il C.I.M.I.F. invierà l'Assegno Postale all'indirizzo di residenza sopra indicato.

### DELEGA AD AGIRE

Il/la sottoscritto/a **DELEGA** il/la \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.F. o P.IVA \_\_\_\_\_

ad agire in proprio nome e per proprio conto al fine di avviare le procedure di copertura assicurativa a cui il medesimo ha diritto in virtù del proprio vincolo associativo, autorizzandolo/a a richiedere informazioni, prendere contatti, inviare e ricevere documentazione, autorizzare pagamenti.

Esclusivamente per le finalità assicurative e lo svolgimento delle attività strettamente connesse, sopra indicate, autorizzo il/la delegato/a al trattamento dei dati anche particolari.

CONSENTO  NON CONSENTO **In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.**

Per il dipendente iscritto

**AFFINCHÉ IL CIMIF POSSANO TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI PER FINALITÀ ASSICURATIVE (artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016))**

Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito [www.fondocimif.it](http://www.fondocimif.it) nella sezione *Normativa*, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative ed assicurative indicate nell'Informativa.

Cognome e Nome dell'iscritto (in stampatello) \_\_\_\_\_

CONSENTO  NON CONSENTO

**In mancanza di tale consenso espresso, il CIMIF non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata**

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dipendente iscritto \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI  
ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)**

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività della Cassa.

L'elenco aggiornato dei responsabili e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta alla Cassa.

La Cassa, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso la Cassa, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail **dpo@fondocimif.it**

Il titolare del trattamento dati è **CIMIF** con sede legale in Via G.B. Morgagni, 33 – 00161 Roma  
**info@fondocimif.it**

**REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONE  
DEL TRATTAMENTO ECONOMICO INTEGRATIVO  
ALL'INDENNITÀ DI LEGGE PER GLI OPERAI FORESTALI IN  
VIGORE DAL 1° gennaio 1999**

**Art. 1**

Ai lavoratori dipendenti da Enti o da Aziende pubbliche o private, tenute all'applicazione del CCNL per gli operai suddetti ai lavori di sistemazione idraulico forestale, viene corri- sposta dal CIMIF, in conformità con quanto previsto all'art. 32 del CCNL del 22-03-84 e successive modificazioni, una integrazione economica al trattamento di legge in caso di malattia e/o di infortunio sul lavoro, secondo le norme e le procedure previste dal presente regolamento.

**Art. 2**

Per aver diritto alla prestazione di cui al precedente articolo il lavoratore deve essere in possesso dei seguenti requisiti:

- a) sopravvenienza dell'evento morboso in costanza di rapporto di lavoro con Ente o Azienda di cui al precedente art. 1 ovvero in periodo di licenziamento o di sospensione dal lavoro da non oltre 180 gg.;
- b) versamento da parte del datore di lavoro del contributo suppletivo di cui ai commi 3,4,5,6 dell'art. 32 del CCNL 22.03.84 e successive modificazioni per l'anno al quale si riferisce l'integrazione;
- c) l'avvenuto pagamento delle indennità di legge, per i periodi di malattia o di infortunio sul lavoro per i quali si richiede l'integrazione del CIMIF, da parte dell'INPS o dall'INAIL;
- d) di non aver percepito, né dover percepire direttamente dal datore di lavoro analogo trattamento a quello del CIMIF.

**Art. 3**

L'integrazione sarà corrisposta agli aventi diritto per ogni giorno per il quale il richiedente ha percepito l'indennità di malattia o di infortunio a carico dell'INPS e dell'INAIL con le modalità previste dal successivo art. 4. **Nel caso di decesso del richiedente la prestazione sarà garantita agli eredi legittimi previo invio della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.**

**Art. 4**

**Indennità integrativa per malattia.**

L'importo dell'indennità integrativa a carico del CIMIF e il limite massimo di giornate indennizzabili per malattia sono deliberati annualmente dal Comitato di Gestione in relazione all'andamento finanziario della Cassa. Per i periodi di malattia antecedenti il 01.01.2018 l'importo dell'indennità integrativa giornaliera è stabilito in € 6,20 lorde, per un massimo di 25 giornate indennizzabili annue. Dal 01.01.2018 l'importo dell'indennità integrativa giornaliera è stabilito in € 7,50 lorde.

In caso di evento morboso che abbia comportato ricovero ospedaliero con intervento chirurgico l'indennità giornaliera viene corrisposta per l'intero periodo indennizzato dall'INPS, su presentazione della cartella clinica e fino ad un massimo di 180 giorni annui (compresi i 25 giorni di malattia).

**Indennità integrativa per infortunio**

L'importo dell'indennità integrativa a carico del CIMIF e il limite massimo di giornate indennizzabili per l'infortunio sono deliberati annualmente dal Comitato di Gestione in relazione all'andamento finanziario della Cassa. Per i periodi di malattia antecedenti il 01.01.2018 l'importo dell'indennità integrativa giornaliera è stabilito in € 6,20 lorde per un massimo di 60 giorni indennizzabili annui. Dal 01.01.2018 l'importo dell'indennità integrativa giornaliera è stabilito in € 7,50 lorde.

Al prospetto di liquidazione INAIL in originale va allegata la denuncia di infortunio redatta dal medico che per primo ha prestato assistenza al lavoratore; nel caso in cui l'infortunio comporti intervento chirurgico, su presentazione della cartella clinica, verrà indennizzato l'intero periodo liquidato dall'INAIL fino ad un massimo di 180 giorni annui (compresi i 60 gg. di infortunio).

**Art. 5**

Per la richiesta della prestazione il lavoratore deve inoltrare al CIMIF, anche tramite l'organizzazione sindacale, alla quale aderisce o conferisce mandato od un istituto di patronato, la relativa domanda compilata sull'apposito modulo predisposto dal CIMIF.

**Art. 6**

La domanda di cui al precedente art. 5 deve essere inoltrata al CIMIF entro il 90° giorno dalla avvenuta liquidazione delle indennità di legge da parte dell'INPS o dell'INAIL.

**Art. 7**

Per la data di inizio e di termine dello stato morboso, la data di liquidazione della prestazione di legge, fa testo la documentazione rilasciata dall'ente preposto all'atto del pagamento delle predette indennità che va inviata in originale o fotocopia autenticata.

**Art. 8**

Le domande pervenute che in sede di esame dovessero risultare carenti nella compilazione o nella documentazione allegata rimarranno sospese fino alla completa presentazione della documentazione richiesta, la quale deve pervenire al CIMIF entro 60 gg. dalla data in cui viene richiesta.

Trascorso tale periodo la domanda verrà archiviata irrevocabilmente.

**Art. 9**

L'avvenuta liquidazione, sospensione rieiezione della domanda, verrà comunicata dal CIMIF alla organizzazione o all'istituto di patronato che ha patrocinato la pratica, o in difetto, direttamente al lavoratore.

**Art. 10**

Delle domande respinte il CIMIF, nel darne motivata comunicazione agli interessati dà loro un termine di 30 gg. per produrre eventuali osservazioni documentate le quali saranno oggetto di insindacabile giudizio da parte della Cassa stessa.

**Art. 11**

Le domande vengono respinte dal CIMIF quando:

- a) la presentazione della domanda sia avvenuta oltre i termini dell'art. 6;
- b) il lavoratore non sia in possesso dei requisiti di cui all'art. 2;
- c) per la stessa prestazione il lavoratore sia già stato liquidato dal CIMIF;
- d) il CIMIF ravvisi elementi di illegittimità in ordine alla domanda o alla documentazione allegata (saranno presi in considerazione solo i certificati INPS o INAIL inviati in originale o fotocopia autenticata).

**Art. 12**

Il CIMIF non opererà alcuna integrazione, alla indennità di legge erogata dagli enti preposti ai lavoratori interessati, qualora lo stesso trattamento integrativo venga direttamente erogato dagli stessi enti in regime di convenzione con la Cassa.

**Art. 13**

Per quanto non previsto o solo parzialmente previsto dal presente regolamento, ovvero per le modifiche che si rendessero necessarie deciderà con propria delibera il Comitato di Gestione del CIMIF.

**Art. 14**

Per il funzionamento degli uffici della Cassa provvede il Comitato di Gestione in proprie deliberazioni.

**Art. 15**

Il CIMIF ha sede in Via G.B. Morgagni, 33 - 00161 Roma  
Tel. 06/47824858 oppure 06/47825083  
Email info@fondocimif.it  
Sito www.fondocimif.it