

REGOLAMENTO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO MALATTIA/INFORTUNIO

Art. 1 – OGGETTO

Il presente regolamento disciplina le modalità di presentazione delle richieste di rimborso per eventi di malattia e infortunio.

Art.2 – MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

La richiesta di rimborso può essere presentata secondo le seguenti due modalità:

❖ **Modalità 1**

La richiesta di rimborso deve essere trasmessa alla Cassa Edile di Frosinone tramite e-mail (cassaedile@cassaedilefrosinone.it) o PEC (cassa@pec.cassaedilefrosinone.it).

❖ **Modalità 2**

In alternativa, la documentazione può essere caricata tramite il sistema MUT (Zucchetti), secondo le modalità indicate al successivo Art. 5.

Art. 3 – DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

La richiesta deve essere corredata dalla seguente documentazione raccolta in un unico file PDF:

- modello di richiesta debitamente compilato (scaricabile dal sito);
- certificati medici attestanti l'intero periodo di malattia o infortunio;
- copia della busta paga dalla quale risulti l'effettiva durata dell'evento;
- documentazione comprovante l'avvenuto pagamento al lavoratore delle competenze dovute, quale, a titolo esemplificativo, copia contabile, disposizione o ricevuta di bonifico bancario, ovvero quietanza sottoscritta, attestante il pagamento integrale del compenso spettante al lavoratore.

Art. 4 – TERMINI DI PRESENTAZIONE

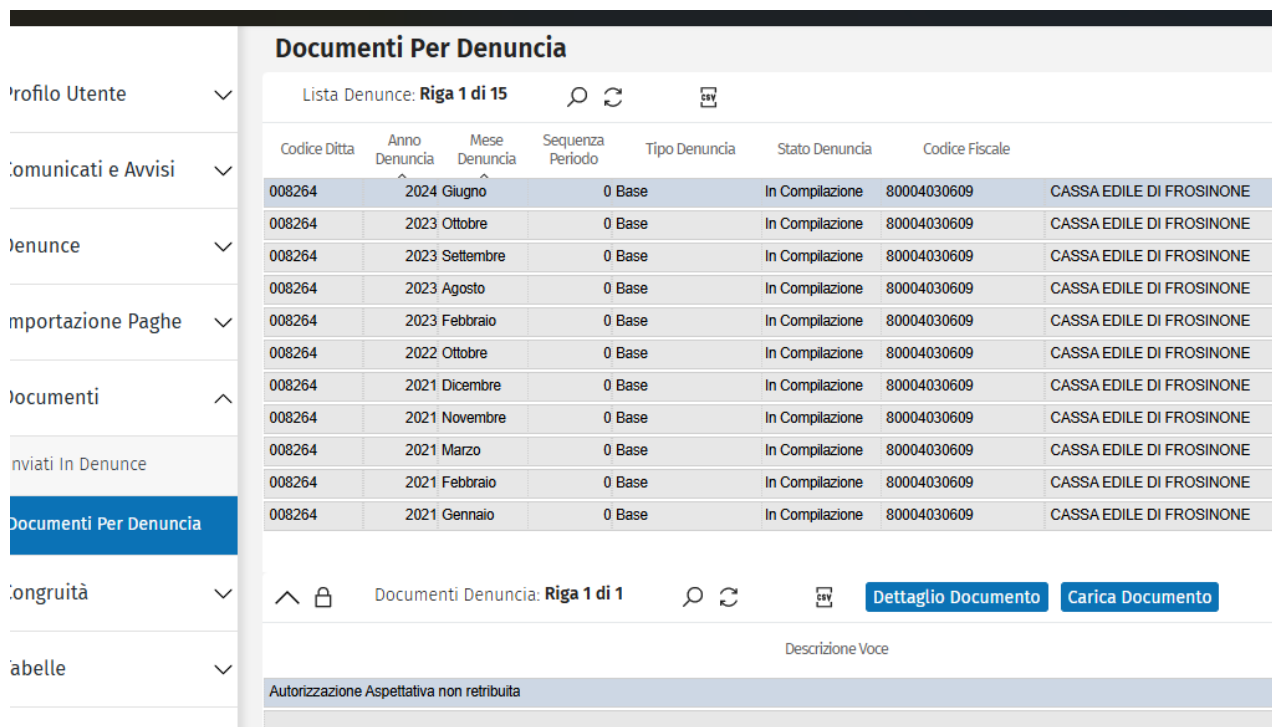
La richiesta di rimborso deve essere presentata entro e non oltre il termine di 3 mesi decorrenti dalla data di insorgenza dell'evento, così come indicata nel certificato di malattia o di infortunio. Le domande presentate oltre il termine previsto non saranno prese in esame.

Art. 5 – PROCEDURA TRAMITE MUT (ZUCCHETTI)

Qualora si utilizzi il sistema MUT (Zucchetti), è necessario:

1. accedere alla denuncia mensile di competenza e inserire correttamente l'evento di malattia/infortunio nella sezione dedicata;
2. caricare la documentazione nella sezione "Documenti" → "Documenti per Denuncia" → "Carica Documento";
3. selezionare come tipologia di documento "Certificato di Malattia Telematico";
4. assicurarsi che tutta la documentazione sia inserita in un unico file PDF.

Schermata del portale MUT dalla quale è possibile accedere alla sezione dedicata al caricamento della documentazione richiesta (fig.1)



Documenti Per Denuncia

Lista Denunce: **Riga 1 di 15**

Codice Ditta	Anno Denuncia	Mese Denuncia	Sequenza Periodo	Tipo Denuncia	Stato Denuncia	Codice Fiscale
008264	2024	Giugno	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2023	Ottobre	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2023	Settembre	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2023	Agosto	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2023	Febbraio	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2022	Ottobre	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2021	Dicembre	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2021	Novembre	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2021	Marzo	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2021	Febbraio	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE
008264	2021	Gennaio	0	Base	In Compilazione	80004030609 CASSA EDILE DI FROSINONE

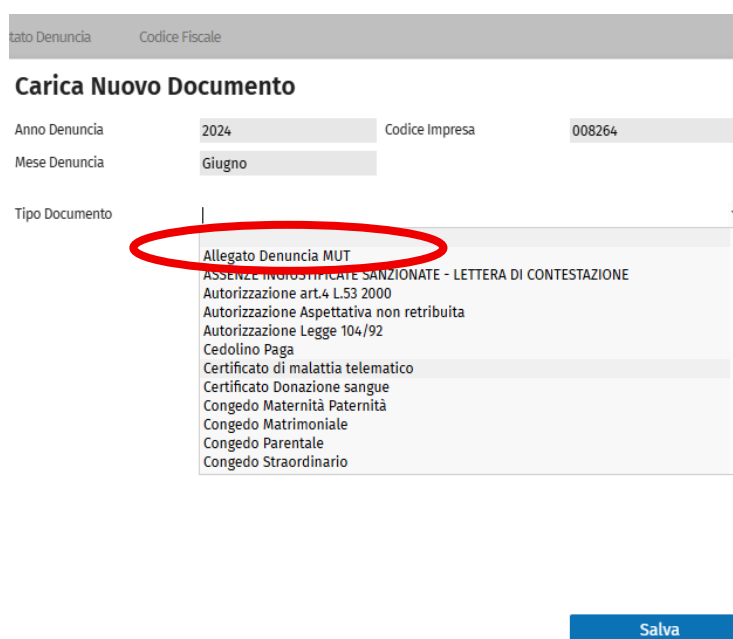
Documenti Denuncia: **Riga 1 di 1**

Descrizione Voce

Autorizzazione Aspettativa non retribuita

Figura 1

Selezione della tipologia di documento da caricare, scegliendo l'opzione "Certificato di malattia telematico" (fig.2)



Carica Nuovo Documento

Anno Denuncia: 2024 Codice Impresa: 008264

Mese Denuncia: Giugno

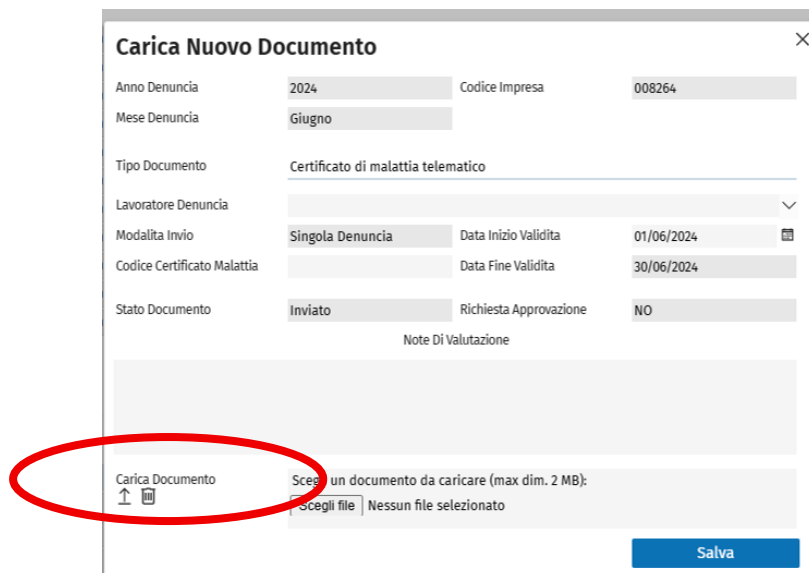
Tipo Documento:

- Allegato Denuncia MUT
- Assenze non sanzionate - LETTERA DI CONTESTAZIONE
- Autorizzazione art.4 L.53/2000
- Autorizzazione Aspettativa non retribuita
- Autorizzazione Legge 104/92
- Cedolino Paga
- Certificato di malattia telematico
- Certificato Donazione sangue
- Congedo Maternità Paternità
- Congedo Matrimoniale
- Congedo Parentale
- Congedo Straordinario

Salva

Figura 2

Caricamento della documentazione: inserire in un unico file tutti i documenti richiesti, verificando preventivamente la completezza della documentazione necessaria ai fini del rimborso (fig.3)



Anno Denuncia	2024	Codice Impresa	008264
Mese Denuncia	Giugno		
Tipo Documento	Certificato di malattia telematico		
Lavoratore Denuncia			
Modalità Invio	Singola Denuncia	Data Inizio Validità	01/06/2024
Codice Certificato Malattia		Data Fine Validità	30/06/2024
Stato Documento	Inviato	Richiesta Approvazione	NO

Note Di Valutazione

Carica Documento

Scegli un documento da caricare (max dim. 2 MB):

Nessun file selezionato

Salva

Figura 3

Art. 6 – DISPOSIZIONI FINALI

Il mancato rispetto delle modalità e dei termini indicati nel presente regolamento potrà comportare l'impossibilità di procedere al rimborso.

LA DIREZIONE