



**MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI  
PER SERVIZI AGLI AGENTI**

|                        |      |         |  |
|------------------------|------|---------|--|
| NOME                   |      | COGNOME |  |
| NATO A                 |      | IL      |  |
| CODICE FISCALE         |      |         |  |
| INDIRIZZO<br>RESIDENZA |      |         |  |
| RECAPITI               | MAIL | CELL    |  |
| IBAN                   |      |         |  |

|   |      |     |  |
|---|------|-----|--|
| DENOMINAZIONE<br>AGENZIA                  |      |     |  |
| INDIRIZZO<br>AGENZIA                      |      |     |  |
| PARTITA IVA                               |      |     |  |
| RECAPITI<br>AGENZIA                       | MAIL | TEL |  |
| NUMERO<br>DIPENDENTI                      |      |     |  |
| DATA DI PRIMA<br>APPLICAZIONE<br>CCNL SNA |      |     |  |



## INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA

|                          |   |    |          |
|--------------------------|---|----|----------|
| <input type="checkbox"/> | Assegno per la nascita del figlio   | €. | 500,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo borsa di studio per titolari di laurea Magistrale che si iscrivono al master di specializzazione (figli conviventi di Agente)  | €. | 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per acquisto libri scolastici e testi universitari per se o per proprio figlio convivente (massimale annuo)  | €. | 250,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo partecipazione Congressi SNA - Max 1 AGENTE per agenzia (Per i soci SNA solo a condizione che non siano eletti come delegati al congresso)   | €. | 200,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo partecipazione corsi di formazione con contenuto professionale, linguistico, economico, culturale e tecnologico (solo per agente)  | €. | 200,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo abbonamento annuale a palestra – circolo sportivo – piscina (solo per agente) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Se costo abbonamento maggiore di € 500,00 rimborso del 20% Max. € 100,00</li><li>▪ Se costo abbonamento superiore di € 1000,00 rimborso del 20% Max € 200,00</li></ul> |    |          |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per figli, genitori o coniugi conviventi disabili o invalidi - UNA TANTUM  | €. | 1.000,00 |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per rimborso spese di cura per spese fisioterapiche e riabilitative in seguito ad infortunio o Malattia, dietro prescrizione medica- solo per agente, massimale annuo  | €. | 500,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per assunzione dipendenti- max 1 dipendente all'anno   | €. | 250,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per interventi chirurgici per correzioni di malformazioni congenite su neonati fino ai 3 anni (massimale annuo per neonato)  | €. | 3000,00  |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per acquisto protesi ortopediche e acustiche (massimale annuo – solo per agente) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di €100,00 per fattura/persona</li></ul>   | €. | 300,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per acquisto lenti correttive di occhiali (massimale annuo – solo per agente) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ minimo non indennizzabile di €50,00 per fattura/persona</li></ul>  | €. | 200,00   |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per ricovero in terapia intensiva a seguito di contagio Covid-19 per un massimo di 30 giorni (diaria giornaliera - solo per agente)  | €. | 30,00    |



**Entro e non oltre il termine di 90 giorni dal verificarsi dell'evento**, l'agente dovrà inviare la richiesta e **allegare** la seguente documentazione:

- ✓ Copia del Documento d'identità, se la richiesta è per il figlio copia documento di identità anche del figlio
- ✓ Autocertificazione che attesti la regolarità dei versamenti degli ultimi 24 mesi di contribuzione all'Ente Bilaterale Ebisep - Codice Tributo EB04
- ✓ Informativa e consenso sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016

**In base alla prestazione richiesta i seguenti documenti:**

- ✓ Copia del certificato di nascita del figlio
- ✓ Copia del Diploma di Laurea Magistrale e dell'iscrizione al Master, stato di famiglia
- ✓ Ricevuta di acquisto (fattura o scontrino fiscale) dei libri scolastici o testi universitari con nominativo dello studente; se la richiesta viene fatta per il figlio, fornire anche stato di famiglia, copia della lista dei libri di testo adottati rilasciata dalla scuola/istituto oppure versamento tasse con specificato l'anno di riferimento, il nominativo dell'alunno e l'Istituto frequentato
- ✓ Ricevuta fiscale o fattura albergo, mezzi di trasporto, prova di iscrizione all'Associazione SNA e convocazione del Congresso
- ✓ Ricevuta di iscrizione al corso e giustificativo con valore fiscale (scontrino parlante o fattura/ricevuta fiscale) che attesti l'effettivo pagamento del corso, attestato finale di partecipazione
- ✓ Copia di iscrizione alla palestra, piscina, circolo sportivo, con ricevuta fiscale che attesti il pagamento dell'abbonamento annuale
- ✓ Copia dell'ultima certificazione ASL che attesti l'effettiva disabilità del figlio, genitore, o coniuge ai sensi della L.104 art. 3 comma 3 o invalidità di grado pari o superiore al 74% con certificazione rilasciata da Ente pubblico
- ✓ Copia del certificato del medico con la prescrizione delle cure, ricevuta fiscale o fattura relativa alle prestazioni effettuate.
- ✓ Modello UNILAV assunzione, lettera sottoscritta dal dipendente, copia del bonifico una tantum di €16,00 come previsto dal CCNL
- ✓ Ricevute fiscali o fatture relative alle prestazioni effettuate per il neonato
- ✓ Copia prescrizione medica con motivazione acquisto protesi con relativa fattura o ricevuta fiscale



- ✓ Copia della certificazione del medico oculista del SSN o oculista privato attestante la variazione del visus con relativa fattura o ricevuta fiscale
- ✓ Copia documento che attesti data di ricovero, data di dimissione e cure in terapia intensiva Covid-19

Luogo e data .....

Firma

---

**PARTE RISERVATA ALL'ENTE BILATERALE:**

Denuncia ricevuta il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Regolarità contributiva:  SI /  NO

Pagamento effettuato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_