ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

PRESTAZIONI

DOMANDA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA
(malattia, infortunio)

- **Medico di assistenza primaria**
- **Pediatra di libera scelta**
- **Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale**
- **Medici fiscali**
- **Medici convenzionati esterni Inps**

Che cos'è?
È una prestazione economica che spetta all'iscritto/a che si trova in una condizione di inabilità assoluta e temporanea a causa di un infortunio o di una malattia.

Esonero contributivo
Se l'attività professionale viene sospesa per **più di 6 mesi continuativi**, la domanda d'indennità **esonera** dal pagamento del contributo per la **Quota A** *(Fondo di previdenza generale)*. Per avere diritto all'esonero la domanda va presentata durante il periodo di sospensione dell'attività professionale.

Chi può chiedere l'indennità?
I medici e gli odontoiatri che:
- sono **titolari di un rapporto convenzionale** in corso con il Ssn *(anche a tempo determinato o di sostituzione)* o con l'Inps in qualità di medici fiscali o di medici convenzionati esterni Inps;
- sono diventati inabili in **modo temporaneo** e assoluto a causa di un infortunio o di una malattia;
- hanno **sospeso l'attività professionale.**

Decorrenza dell'indennità
L'indennità Enpam spetta dal 31° giorno dalla data dell'infortunio o della malattia per un periodo massimo di 24 mesi anche non continuativi, calcolati nell'arco degli ultimi 48 mesi.

L'indennità giornaliera viene calcolata sulla base della media dei compensi percepiti dall'iscritto nei tre mesi che precedono il mese in cui è avvenuta la sospensione dell'attività in convenzione *(ad esempio: se la malattia inizia il 12 maggio si prenderanno in considerazione gli imponibili Enpam riferiti ai tre mesi precedenti di aprile, marzo e febbraio)*.

I primi 30 giorni di assenza dal lavoro sono coperti dalla compagnia **Cattolica in coassicurazione con Aviva**.

Attenzione: l'inabilità deve essere comunicata alla compagnia Cattolica entro 10 giorni dall'evento, oppure, in caso di ricovero, entro 10 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura (*si può comunicare anche più tardi, ma si deve dimostrare che è stato impossibile farlo prima*) compilando il modulo che si trova online sul sito **www.polizza30giornimedici.it** e inviandolo **tramite Pec** a:

- 30gginfortuni.cattolica@legalmail.it *(solo per gli infortuni)*
- 30ggmalattia.cattolica@legalmail.it *(solo per le malattie)*

In alternativa si potrà inviare una **raccomandata** a:

Società Cattolica di Assicurazione
Agenzia Roma Grandi Rischi
Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

Per qualsiasi informazione si può chiamare il **numero verde** gratuito dall'Italia e dall'estero 800 688 317.

Per **i pediatri non è prevista la copertura assicurativa di Cattolica**. Per richiedere l'indennità possono rivolgersi ai sindacati **Fimp** e **Cipe** *(solo se iscritti)*.

Che cosa succede in caso di infortunio in servizio?
L'indennità è prevista solo per i Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale. L'Azienda sanitaria locale di appartenenza garantisce una copertura assicurativa dal 1° giorno dell'infortunio fino a un massimo di 300 giorni . A partire dal 31° giorno si aggiunge l'indennità dell'Enpam che viene pagata fino a un massimo di 24 mesi *(anche non continuativi calcolati nell'arco degli ultimi 48 mesi)*.

Come si presenta la domanda?

- Si può inviare per **posta o Pec a:**
  (*in caso di invio per* ***Pec*** *la domanda deve essere* ***firmata e digitalizzata)***

FONDAZIONE ENPAM
Servizio Prestazioni, Ufficio Inabilità Temporanea
P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78 00185 Roma
Pec: protocollo@pec.enpam.it

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità.**

- Si può **consegnare all'Enpam** - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra.
  Orari: dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 13.00.
  In questo caso il modulo deve essere firmato alla presenza di un funzionario dell'Enpam.
- Si può **consegnare all'Ordine dei Medici a cui si è iscritti**.

Se si invia la domanda **per Pec**, gli eventuali **certificati medici** in originale vanno comunque spediti per posta.

Attenzione: In caso di incapacità naturale del medico, la domanda può essere presentata e firmata anche da un congiunto o da un terzo. In caso di decesso dell'iscritto dopo la presentazione della domanda, l'indennità maturata e non riscossa dal Sanitario compete al coniuge superstite o, in mancanza, ai figli. In caso di decesso dell'iscritto prima della presentazione della domanda, l'indennità dovrà dovrà essere richiesta dagli eredi tassativamente entro 6 mesi dalla data del decesso.

L'indennità viene pagata mediamente entro **60 giorni** dalla ricezione completa dei documenti richiesti.

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

PRESTAZIONI

DOMANDA PER L'INDENNITÀ DI INABILITÀ TEMPORANEA
(malattia, infortunio)

- **Medico di assistenza primaria**
- **Pediatra di libera scelta**
- **Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale**
- **Medici fiscali**
- **Medici convenzionati esterni Inps**

Spazio riservato all'Enpam protocollo

Nome _____ **Cognome** _____

										/			

Codice Enpam

Codice Fiscale

Nato il ___ / ___ / _____ a _____ prov. ____

residente a _____ prov. ____

indirizzo _____ Cap _____

tel. _____ cell. _____ domiciliato a (indicare solo se diverso dalla residenza)

Email _____ PEC _____

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000).

Dichiaro

☐ di essere iscritto/a all'Ordine dei medici della provincia di _____

☐ di essere titolare di un rapporto convenzionale in corso come *(indicare la categoria)*:

Medico dell'assistenza primaria con un incarico *(indicare il tipo di contratto)*:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione

Pediatra di libera scelta con un incarico *(indicare il tipo di contratto)*:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione

Medico addetto alla continuità assistenziale con un incarico *(indicare il tipo di contratto)*:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione

Medico addetto all'emergenza territoriale con un incarico *(indicare il tipo di contratto)*:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione

Medico fiscale convenzionato Inps con un incarico *(indicare il tipo di contratto)*:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione

Medico convenzionato esterno Inps con un incarico *(indicare il tipo di contratto)*:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ di sostituzione

☐ di svolgere servizio presso (*è necessario indicare l'Asl con cui è in atto il rapporto di accreditamento, o la sede Inps provinciale con cui è in atto il rapporto di convenzionamento specificando l'ufficio o la struttura e i recapiti precisi a cui l'Enpam deve rivolgersi per reperire i dati necessari; articolo 43 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)*

Azienda Sanitaria di _____ distretto di _____

ufficio (*indicare il nome del servizio*) _____

PEC_____ email _____

fax _____ telefono _____

Azienda Sanitaria di _____ distretto di _____

ufficio (*indicare il nome del servizio*) _____

PEC_____ email _____

fax_____telefono_____

Azienda Sanitaria di _____ distretto di _____

ufficio (*indicare il nome del servizio*) _____

PEC_____ email _____

fax _____ telefono _____

Sede provinciale Inps di_____ufficio_____

PEC_____email_____

telefono_____

☐ di essere titolare di Anticipo Prestazione Previdenziale (APP) dal ___/____/____

Dichiaro

☐ di aver sospeso l'attività professionale il ___/___/_____ a causa di un'inabilità temporanea assoluta per malattia o infortunio;

☐ di non aver ripreso l'attività lavorativa;
☐ di aver ripreso l'attività lavorativa il ___/___/_____ ;
☐ di aver aderito al nuovo regime fiscale forfettario *(art. 1 comma 54 della legge n. 190 del 2014)*;
☐ di aver aderito al regime dei contribuenti minimi *(art. 27 del decreto legislativo n. 98 del 2011 convertito in legge n.111/2011)*;

☐ di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

La Fondazione Enpam si riserva di fare controlli. In caso di difformità con quanto dichiarato l'Enpam recupererà le somme indebitamente pagate.

Chiedo

l'accredito dell'indennità sul conto corrente bancario a me intestato:

ISTITUTO BANCARIO _____

FILIALE/AGENZIA N°_____ DI _____ (località)

	Codice Nazione	CIN internz	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:						

BIC: **(per pagamento verso Paesi europei)**

Allego

☐ Copia del documento di identità

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il __ / __ / _____

_____

(*firma per esteso del funzionario dell'Enpam*)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Informativa sul trattamento dei dati personali per le attività istituzionali previdenziali
(come previsto dagli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati Ue 2016/679, in breve "Rgpd", in inglese "Gdpr")

Contatti	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: privacy@enpam.it. Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: dpo@enpam.it; pec: dpo@pec.enpam.it.
Finalità del trattamento	■ gestione del rapporto con gli iscritti; ■ obblighi previsti da leggi, dai regolamenti e dallo Statuto della Fondazione, da disposizioni di autorità e di organi di vigilanza e controllo
Base giuridica	Adempimento di obblighi legali, esecuzione di compiti di interesse pubblico di cui è investita la Fondazione (articolo 6 paragrafo 1 lettere e) e c) Rgpd), diritti da far valere o difendere in sede giudiziaria (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) e articolo 9 paragrafo 2 lettera f) Rgpd). Il trattamento di categorie particolari di dati è necessario per motivi di interesse pubblico (articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd; Autorizzazione n. 3/2016 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni).
Fonte da cui hanno origine i dati personali	Ordini territoriali; gli iscritti dal momento in cui inizia il rapporto con la Fondazione in poi; pubblici registri.
Categorie di dati trattati	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi alla situazione reddituale o lavorativa e allo stato di salute)
Periodo di conservazione	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per tutti i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo
Categorie di destinatari	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
I diritti degli interessati	L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd, usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy
Informazioni aggiuntive ed estese	Per maggiori dettagli, consultare www.enpam.it/privacy.