

Domanda per l'indennità di inabilità temporanea

(malattia, infortunio, gravidanza a rischio)

- Medici dell'assistenza primaria
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

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, di una malattia o di una gravidanza a rischio.

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 (anche a tempo determinato o di sostituzione)
- sono diventati inabili **in modo temporaneo** e assoluto a causa di una malattia, di un infortunio o di una gravidanza a rischio
- hanno **sospeso tutte le attività professionali** (come convenzionati, liberi professionisti, dipendenti).

Decorrenza dell'indennità in caso di infortunio o malattia

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.

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

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).

Decorrenza dell'indennità in caso di gravidanza a rischio

L'Enpam garantisce l'indennità a partire **dal primo giorno** in cui si verifica lo stato di gravidanza a rischio, ad esclusione dei primi trenta giorni se sono stati oggetto di copertura assicurativa.

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).

Documenti da allegare

Solo in caso di gravidanza a rischio, è necessario presentare un certificato medico in originale rilasciato dal ginecologo con:

- diagnosi;
- data d'insorgenza e durata dell'inabilità;
- data presunta del parto.

(Il certificato è necessario per evitare che il periodo assistibile per inabilità temporanea e assoluta non si sovrapponga all'indennità di maternità).

Come si presenta la domanda?

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

Fondazione ENPAM
Servizio Prestazioni, Ufficio Inabilità Temporanea
Piazza Vittorio Emanuele II, n°78 – 00185 Roma
fax: 06 482 946 58; 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: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-12,30
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 fax** o **per Pec**, gli eventuali **certificati medici** 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. Non potranno essere accolte, invece, le domande sottoscritte dal coniuge superstite, dai figli o dagli eredi dopo il decesso del medico.

L'indennità **viene pagata entro 120 giorni** dalla ricezione della domanda completa dei documenti richiesti.

Domanda per l'indennità di inabilità temporanea

(malattia, infortunio, gravidanza a rischio)

- Medici dell'assistenza primaria
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

protocollo

Nome _____ Cognome _____

Codice Enpam _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo _____ cap. _____

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

indirizzo _____ cap. _____

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 la tipologia di contratto):

a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione

Medico addetto alla continuità assistenziale con un incarico (indicare la tipologia di contratto):

a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione

Medico addetto all'emergenza territoriale con un incarico (indicare la tipologia 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, specificando l'ufficio o la struttura e i recapiti precisi a cui l'Enpam deve rivolgersi per reperire i dati necessari; articolo 15, Legge 12 novembre 2011, n. 183, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato):

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 _____

Dichiaro

- di aver sospeso ogni attività professionale (come convenzionato/a, libero/a professionista, dipendente) il ___/___/___ a causa di un'inabilità temporanea assoluta per malattia/infortunio o gravidanza a rischio;
- 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)

Dichiaro di essere informato/a, così come previsto dalla legge, che i dati personali raccolti verranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali) .

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:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC/SWIFT:	<input type="text"/> (per pagamenti internazionali)				

Allego

- Copia del documento di identità
- Certificato medico in originale del ginecologo (in caso di gravidanza a rischio)

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)