

## 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 decorre dal **31° giorno** dalla data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia e viene pagata per un periodo massimo di 24 mesi (anche non continuativi nell'arco degli ultimi 48 mesi).

### Primi 30 giorni malattia o infortunio

In base all'Accordo collettivo nazionale i **primi 30 giorni** sono coperti dalle **Generali Italia Spa**.

**Attenzione:** l'inabilità deve essere comunicata alle Generali entro 10 giorni dall'evento, oppure, in caso di ricovero, subito dopo le 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 antine sul sito [www.serviziomalattiamedici.it](http://www.serviziomalattiamedici.it) e inviando/o per raccomandata AIR, o Pec, a:

Generali Italia Spa- Agenzia di Roma 63j  
Servizio malattia medici convenzionati primi 30 giorni  
Via delle Montagne Rocciose, 58 - 00144 ROMA  
(Accesso al pubblico: lunedì/venerdì 14,30/16,30)  
Pec: [serviziomalattiamedici@pec.it](mailto:serviziomalattiamedici@pec.it)

Per i **pediatri non è prevista la copertura assicurativa delle Generali**. 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. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ 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'ufficio, la struttura (Asl/Ente) 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 internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC:	<input type="text"/>			(per pagamento verso Paesi Europei)		

## 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)