ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

DOMANDA DI PENSIONE ANTICIPATA CON IL CUMULO DEI CONTRIBUTI

Tutti i medici e gli odontoiatri

PRESTAZIONI

Istruzioni per la domanda di pensione anticipata con cumulo contributivo
È possibile cumulare i periodi contributivi, accreditati presso più gestioni previdenziali obbligatorie, per ottenere un'unica pensione. I periodi non devono essere coincidenti. Le gestioni, ciascuna per la propria parte, determinano il trattamento secondo le proprie regole di calcolo.

1. Chi può chiedere la **pensione?**
Gli iscritti che:
- non sono già pensionati (presso l'Enpam o le altre gestioni previdenziali obbligatorie);
- hanno cessato l'attività professionale (di dipendenza o in convenzione/accreditamento con il Servizio sanitario nazionale o svolta nell'ambito di una società accreditata con il Ssn e o altro Ente) e hanno maturato un'anzianità contributiva di:

Uomini	Donne
42 anni e 10 mesi	41 anni e 10 mesi

- hanno un'anzianità di laurea di almeno 30 anni

Periodi contributivi
Per il computo dell'anzianità contributiva i periodi da cumulare non devono essere coincidenti. Se i periodi sono coincidenti, sono utili per determinare l'importo dell'assegno ma non l'anzianità contributiva.

Pagamento della pensione
Ciascuna gestione, per la propria parte, corrisponde il trattamento pensionistico in relazione ai periodi contributivi maturati. L'assegno comprensivo di tutte le quote viene versato dall'Inps in 13 mensilità (anche quando non ci sono somme a suo carico).

2. Documenti necessari per il pagamento della pensione (solo per gli iscritti al **Fondo della medicina accreditata e convenzionata**)
Per legge[1] i documenti indispensabili per pagare la pensione sono acquisiti d'ufficio dall'Enpam. Chi presenta la domanda, dal canto suo, è tenuto a indicare l'ufficio e la struttura (Comitato zonale, Asl/Ente) a cui l'Enpam dovrà rivolgersi per reperire i dati necessari. **In alternativa l'interessato/a può presentare una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. In questo modo si riducono i tempi di attesa per ricevere la pensione.**
I modelli per la dichiarazione sostitutiva si trovano su: **http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondi-speciali.**

Specialisti ambulatoriali e Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione.
Per autocertificare **l'attività svolta ino il 31 dicembre 2012** vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato, con tutti i dati richiesti nella dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, e di ricopiarli fedelmente sul modello della dichiarazione sostitutiva. Le informazioni necessarie per determinare l'importo della pensione maturata fino al 31 dicembre 2012 sono, infatti, molto dettagliate e piuttosto difficili da ricostruire con precisione.
Per l'attività svolta dal 1° gennaio 2013, invece, è sufficiente autocertificare la data di cessazione del rapporto professionale.

Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione
È necessario allegare anche un cedolino dei compensi per ogni anno dal 2008 al 2012.

Specialisti esterni
È richiesta la cessazione dell'attività.

Specialisti esterni che operano nell'ambito di società di capitali accreditate con il Ssn
La società deve certificare la data a partire dalla quale lo specialista non partecipa più alla produzione del fatturato

annuo aziendale delle prestazioni rese in regime di accreditamento con il Ssn.

3. **Quando** si presenta la domanda?
   La domanda deve essere presentata entro il mese della cessazione dell'attività professionale (nel caso in cui è richiesta), se si è in possesso di tutti i requisiti. È anche possibile presentare la domanda di pensione dopo aver cessato l'attività. In questo caso però la pensione decorre dal mese successivo a quello in cui si presenta la domanda di pensione (e non dal mese successivo alla cessazione).

4. **Come** si presenta la domanda?
   La domanda deve essere presentata all'ultimo ente pensionistico presso il quale si è iscritti (o si è stati iscritti).
   Nella domanda è necessario indicare tutti gli enti di previdenza obbligatoria presso cui sono stati versati i contributi.

   • Può essere inviata per **posta, Pec a:**
   (*in caso di invio per* ***Pec*** *la domanda deve essere* ***firmata e digitalizzata)***

   Fondazione Enpam
   Servizio Prestazioni
   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: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-13,00.

   In questo caso il modulo deve essere **firmato alla presenza** di un funzionario dell'Enpam.

1. Articolo 15, Legge 12 novembre 2011, n. 183, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato.

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

DOMANDA DI PENSIONE ANTICIPATA CON IL CUMULO DEI CONTRIBUTI

Tutti i medici e gli odontoiatri

PRESTAZIONI

Spazio riservato all'ENPAM
protocollo

MOD.FG/PENS.ANT/CUM

DOMANDA DI PENSIONE ANTICIPATA CON CUMULO CONTRIBUTIVO

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 aver maturato i seguenti periodi contributivi

Ente	Tipo di contribuzione	dal	al

☐ di aver presentato domanda di ricongiunzione il ____/_____/_____ presso _____
☐ di aver presentato domanda di pensione diretta presso _____
☐ di essere titolare di pensione diretta presso _____

Medici e odontoiatri che esercitano la libera professione:

☐ di essere stato iscritto all'albo/i fino al ___/____/_____
☐ di essere iscritto all'albo/i professionale di _____

Medici e odontoiatri che lavorano in convenzione con il Ssn/Ente:

☐ di essere titolare di un rapporto di convenzione con l'Asl/Ente _____
e di cessare il ____/____/_____
☐ di essere stato titolare di un rapporto di convenzione con l'Asl/Ente _____
e di aver cessato il ____/____/_____

Medici e odontoiatri che lavorano in accreditamento con l'Asl

☐ di essere titolare di un rapporto di accreditamento con l'Asl _____
e di cessare il ____/____/_____
☐ di operare nell'ambito di una Società accreditata con il Ssn e di cessare il ____/____/_____
☐ di essere stato titolare di un rapporto di accreditamento con l'Asl _____
e di aver cessato il ____/____/_____
☐ di aver operato nell'ambito di una Società accreditata con il Ssn e di aver cessato il ____/____/_____

Medici e odontoiatri che lavorano come dipendenti:

☐ di aver cessato l'attività lavorativa il ___/____/_____
☐ di cessare l'attività lavorativa il ___/____/_____

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy allegata.

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Chiedo

la pensione anticipata

che la pensione venga accreditata sul conto corrente bancario o sul conto corrente postale a me intestato (***ATTENZIONE***: *la pensione può essere accreditata* ***solo*** *sul* ***conto corrente intestato al beneficiario; non si accettano*** *libretti postali di risparmio anche se forniti di IBAN)*

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ _____(località)

	CODICE w Nazione	CIN internz	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:						

BIC/SWIFT: **(per pagamenti internazionali)**

La parte che segue va compilata solo se titolari di una posizione contributiva presso il Fondo della medicina convenzionata e accreditata. È necessario specificare se preferite che sia l'Enpam ad acquisire d'ufficio i certificati necessari per istruire la pratica, oppure se scegliete di presentare una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (vedi il punto 2 della pagina delle istruzioni)

☐ chiedo **l'acquisizione d'ufficio dei documenti** presso

(Attenzione: nel caso facciate questa scelta la pensione potrà essere liquidata solo quando il comitato zonale/Asl/Ente ci avrà inviato tutti i dati necessari)

Comitato zonale/Asl/Ente _____
Ufficio (indicare il nome del servizio) _____
Telefono _____ *Fax* _____ *Email* _____
indirizzo _____ *Cap* _____
Prov. _____ *Stato* _____

☐ **allego la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** *(se avete lavorato come specialisti ambulatoriali o medici della medicina dei servizi, con contratto di convenzione, per autocertificare l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012 vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato e di ricopiare fedelmente tutti i dati sul modello che trovate alla pagina: http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondi-speciali)*

La parte che segue va compilata solo dai medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione

☐ allego n.___ cedolini per i compensi dal _____al _____ *(per l'attività svolta dal 2008 al 2012 è necessario allegare un cedolino per ogni anno)*

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)

Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(articoli 11, 12, e 13 del Tuir, decreto del Presidente della Repubblica 1986, n. 917 e successive modificazioni e Dpr 29 settembre 1973, n. 600)

Nome _____ Cognome _____

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Codice ENPAM *Codice Fiscale*

Data di nascita ___/ __ / _____ a _____ prov. ____ Stato _____

residente a _____ prov. ____ indirizzo _____

n. _____ Cap. _____ Stato _____ Telefono (***obbligatorio***) _____

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 aver diritto *(barrare tutte le caselle e, in caso di risposta affermativa, dare tutte le informazioni richieste):*

SI NO al beneficio delle detrazioni d'imposta per i redditi da pensione previste dall'Articolo 13 del Tuir a decorrere dal __ / __ / _____

SI NO alle detrazioni previste dall'Articolo 12 del Tuir per il coniuge a carico legalmente ed effettivamente non separato a decorrere dal __ / __ / _____

DATI DEL CONIUGE

Nome _____ Cognome _____

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data di nascita ____ / ____ / _____

Codice Fiscale

a _____ prov. ____ Stato _____

SI NO alle detrazioni previste dall'articolo 12 del Tuir per i figli a carico, compresi i figli adottivi, gli affidati e gli affiliati che abbiano un reddito annuo (al lordo degli oneri deducibili) non superiore a 2.840,51 euro o a 4.000 nel caso di figli di età non superiore a 24 anni.

DATI DEL/I FIGLIO/I A CARICO

1. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / __/_____ nella misura del: 100% 50%

Disabile Art. 3 L. 104/92 SI NO

2. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / __/_____ nella misura del: 100% 50%

Disabile Art. 3 L. 104/92 SI NO

3. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / __/_____ nella misura del: 100% 50%

Disabile Art. 3 L. 104/92 SI NO

4. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal __ / __/_____ nella misura del: 100% 50%

Disabile Art. 3 L. 104/92 SI NO

Attenzione: *se avete più di quattro figli a carico potete compilare un'altra pagina come questa numerandola progressivamente in alto a destra.*

SI NO alle detrazioni in presenza di almeno 4 figli a carico, previste dall'articolo 12 del Tuir (con almeno 4 figli a carico, ai genitori è riconosciuta una detrazine ulteriore di 1.200 euro; la detrazione è ripartita nella misura del 50% tra i genitori non legalmente ed effettivamente separati)

Nella misura del: 100% 50%

SI NO alle detrazioni per altri familiari a carico, che abbiano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 (al lordo degli oneri deducibili), previste dall'articolo 12 del Tuir.

DATI DEGLI ALTRI FAMILIARI (secondo quanto previsto dall'articolo 433 del Codice Civile)

1. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal _____ / ___ / _____ nella misura del: 100% 50%

2. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal _____ / ___ / _____ nella misura del: 100% 50%

3. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale

Data di nascita ___/ ___ / _____

a _____ prov. ____ Stato _____

a carico dal _____ / ___ / _____ nella misura del: 100% 50%

Richiesta di un'aliquota maggiore

SI NO **Non potendo beneficiare delle detrazioni d'imposta**, chiedo che venga applicata un'aliquota di tassazione del _%, più elevata di quella determinata dalla Fondazione, in base agli scaglioni annui di reddito, con conseguente conguaglio Irpef a debito.

Attenzione: se siete titolari di più trattamenti pensionistici l'Enpam applica l'aliquota fiscale comunicata dal Casellario Inps, tenendo conto del reddito annuo complessivo da pensione. In questi casi, dunque, la richiesta di un'aliquota maggiore non viene presa in considerazione. La richiesta va rinnovata ogni anno.

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Dichiaro

di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

☐ Allego una 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.

Informativa per i familiari

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	Erogazione di servizi, esecuzione di prestazioni richieste da un iscritto, da un dipendente o da un collaboratore a beneficio di familiari.
Base giuridica	A seconda dei casi: 1. consenso al trattamento (articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd), se si tratta di categorie particolari di dati; 2. consenso al trattamento (articolo 6 paragrafo 1 lettera a) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd) se si tratta di finalità che non rientrano in altre basi giuridiche; 3. obblighi e diritti specifici della Fondazione o degli interessati in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale (articolo 9, paragrafo 2 lettera b) Rgpd); 4. esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali (articolo 6 paragrafo 1 lettera b) Rgpd); 5. obbligo di legge (articolo 6 paragrafo 1 lettera c) Rgpd); 6. esecuzione di un compito di interesse pubblico, come nel caso di trattamenti connessi a finalità di previdenza e assistenza (articolo 6 paragrafo 1 lettera e) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd); 7. legittimo interesse dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) Rgpd).
Fonte da cui hanno origine i dati personali	Il familiare dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta.
Categorie di dati trattati	Dati personali comuni e categorie particolari.
Periodo di conservazione	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per 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 come previsto dall' articolo 14, paragrafo 2, lettere c), d), e), e dagli articoli che vanno dal 15 al 21 usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy
Informazioni aggiuntive ed estese	Per maggiori dettagli, consultare l'indirizzo www.enpam.it/privacy.