

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE DALL' **ORFANO** DEL MEDICODOMANDA DI PENSIONE
FONDO DIINDIRETTA O DI REVERSIBILITA'
PREVIDENZA GENERALE

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO PRESTAZIONI
FONDO GENERALE
Via Torino, 38
00184 - R O M A

__L__ Sottoscritt _____
cognome nome

(Codice fiscale superstite)

(Codice ENPAM Sanitario deceduto)

CHIEDE

che gli/le venga concessa la pensione indiretta o di reversibilità a carico del Fondo di Previdenza Generale ed a tal fine sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000,

DICHIARA

- ❖ di essere nat__ a _____ (Prov. _____) il ___/___/___ ;
- ❖ di essere residente a _____ (Prov. _____) C.A.P.
in Via/P.zza _____ n. _____ Tel. _____/_____;
- ❖ di avere il domicilio fiscale a _____ (Prov. _____) C.A.P.
in Via/P.zza _____ n. _____;
(da indicare se diverso dalla residenza)
- ❖ che in data ___/___/___ è decedut__ l_ Dott. _____ nat__ a _____ (____)
il ___/___/___ iscritto all'Ordine dei Medici di _____;
- ❖ di frequentare per il corrente anno un corso legale di studi;
(da indicare per gli orfani ultraventunenni)
- di essere inabile in modo totale e permanente a qualsiasi lavoro proficuo e di essere stato/a sempre a Suo carico, non possedendo redditi propri;

Ovvero

di possedere redditi propri per l'importo risultante dal Mod. 730, UNICO o Mod. CUD che si allega in copia fotostatica;

❖ che gli aventi diritto alle prestazioni dell'Ente sono, oltre il/la richiedente, i seguenti superstiti:

nominativo	luogo	e	data di nascita	codice fiscale
_____	_____		___/___/___	_____
_____	_____		___/___/___	_____
_____	_____		___/___/___	_____
_____	_____		___/___/___	_____

di non usufruire di una pensione indiretta a carico di Enti Previdenziali obbligatori diversi dall'Enpam;

di usufruire o di avere in corso una domanda di pensione indiretta o di reversibilità a carico di Enti Previdenziali obbligatori diversi dall'Enpam;
(allegare copia del provvedimento di pensione con indicazione della percentuale di pensione attribuita)

di aver diritto all'integrazione al minimo (ex art.7 della Legge n.544 del 29.12.1988) del trattamento che verrà erogato dal Fondo di Previdenza Generale, come meglio precisato nell'apposito modulo di domanda (MOD.SPG/IM);

chiede che l'importo delle prestazioni venga corrisposto mediante

accredito sul c/c bancario o postale acceso a proprio nome presso:

ISTITUTO DI CREDITO/ UFF. POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

Codice Nazione	CIN internaz.	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
IBAN:	□□	□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
BIC:	□□□□□□□□□□ (per pagamento verso Paesi Europei)				

cointestato con: _____

__L__ sottoscritt_dichiara, altresì, di essere informat_ , ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

(luogo e data)

(firma per esteso)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig.

Sig. _____
(firma del dipendente addetto)

INVIO PER POSTA
(Ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità)

PENSIONE AD ORFANI

Ai figli legittimi, legittimati, adottivi, affiliati e naturali riconosciuti del Sanitario, nonché ai superstiti regolarmente affidati dagli organi competenti a norma di legge e/o ai superstiti dei quali risulta provata la vivenza a carico dell'iscritto, deceduto in costanza di contribuzione al Fondo, compete un'aliquota della pensione che sarebbe spettata all'iscritto stesso ove fosse divenuto inabile in modo totale e permanente al momento del decesso. Ai superstiti dell'iscritto già pensionato spetta, invece, un'aliquota della pensione in godimento dal Sanitario all'atto del decesso.

L'aliquota di cui sopra, qualora il diritto alla pensione non compete anche al coniuge superstite, è pari all'80% in caso di un unico avente diritto, al 90% in caso di due aventi diritto, al 100% in caso di tre o più aventi diritto. Ove, al contrario, il diritto alla pensione compete anche al coniuge superstite l'aliquota è pari al 20% in caso di un unico avente diritto ed al 40% in caso di due o più aventi diritto.

Il trattamento pensionistico è riconosciuto in favore delle categorie di superstiti sopra elencate fino al compimento del 21° anno di età o del 26° anno di età se studenti.

Si prescinde dai suddetti limiti di età nel caso in cui i superstiti come sopra individuati, prima del decesso dell'iscritto, risultino a carico di quest'ultimo ed inabili a qualsiasi lavoro proficuo a seguito di accertamento da parte di apposita Commissione medica e finché perduri lo stato d'inabilità.

ELENCO DEI DOCUMENTI DA ALLEGARE

(Tutti in carta libera)

- 1) Modello dichiarazione ai fini fiscali, **(da allegare obbligatoriamente per la definizione della domanda)**.
- 2) Fotocopia del tesserino di codice fiscale;
- 3) Certificato d'iscrizione all'Albo professionale del medico deceduto, con indicazione di eventuali precedenti iscrizioni (da allegare solo in caso di pensione indiretta);
- 4) Per i superstiti ultraventunenni: certificato d'iscrizione a corso di studio di qualsiasi ordine e grado, (scuola secondaria di primo e secondo grado, Istituti di formazione e specializzazione professionale post-diploma, legalmente riconosciuti o autorizzati anche a livello regionale, corso di laurea o di diploma universitario, corso di specializzazione post-universitario), ovvero certificazione redatta ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445/2000 attestante la qualità di studente;
- 5) Per i superstiti ultraventiseienni:
 - a) verbale di visita medica rilasciato da apposita Commissione medica per le invalidità istituita presso l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di competenza. Nessun'altra certificazione medica sarà tenuta in considerazione per la concessione della pensione d'invalidità;
 - b) copia del Modello 730 o UNICO, relativo all'ultima dichiarazione dei redditi presentata dal medico;
 - c) copia del Modello 730, UNICO o del Modello CUD, relativo ai redditi propri dell'orfano, ovvero certificazione redatta ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445/2000 attestante la situazione reddituale o economica;
- 6) Modello SPG/IM, relativo alla domanda di integrazione al minimo e relativa documentazione.

AVVERTENZA

L'intera documentazione, relativa al pensionamento di più superstiti facenti parte dello stesso nucleo familiare, dovrà, a norma di Regolamento, essere presentata per il tramite dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri a cui il Sanitario risultava iscritto, possibilmente in un unico plico.

NOTE

Il presente modulo dovrà essere compilato e sottoscritto dal superstite avente diritto. In caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante del superstite avendo cura di allegare una copia della procura, della delega o della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione redatta ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.445/2000 attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.

La segnalazione del proprio codice fiscale da parte del pensionato è resa obbligatoria dalla legge (D.M. 12.03.1974 modificato con D.P.R. n.784 del 2.11.1976). Chi ne sia privo dovrà provvedere a farselo assegnare dall'Ufficio Imposte Dirette e trascriverlo sul presente modulo. In mancanza di tale dato la pratica non potrà essere definita.

Indicare tra i superstiti anche l'eventuale coniuge divorziato.