

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE DAL **CONIUGE** SUPERSTITE DEL MEDICO**DOMANDA DI PENSIONE INDIRETTA
DI PREVIDENZA****O DI REVERSIBILITA' DEL FONDO
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 aver contratto matrimonio con il/la Sanitario/a in data ___/___/___ a _____;
- di aver sempre convissuto con l__ stess__ fino al suo decesso e che non è mai intervenuta sentenza di divorzio o di separazione legale passata in giudicato;

Ovvero

- di essere separat _ o divorziat _ , come da **sentenza che si allega in copia conforme all'originale**, e di non aver contratto nuovo matrimonio;
- ❖ che gli aventi diritto alle prestazioni dell'Ente sono, oltre il/la richiedente, i seguenti superstiti:
- (indicare anche eventuale coniuge divorziato) -

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);

di scegliere la sotto indicata modalità di pagamento della pensione:

- mediante **accredito sul c/c bancario acceso a proprio nome presso:**

ISTITUTO DI CREDITO _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

NUMERO DEL CONTO CORRENTE _____

CODICE DI AVVIAMENTO BANCARIO: **CIN** **A.B.I.** **C.A.B.**

cointestato con _____

Ovvero:

- mediante accredito **conto bancoposta**

presso l'Ufficio postale di _____

NUMERO DEL CONTO CORRENTE _____

CODICE DI AVVIAMENTO BANCARIO: **CIN** **A.B.I.** **C.A.B.**

cointestato con _____

- Il/la sottoscritto/a si impegna a corrispondere al coniuge divorziato, ove sussista il diritto, gli arretrati dei ratei di pensione, nella misura stabilita dal Giudice;
- Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, 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 del dichiarante)

- » La presente dichiarazione può essere inviata **per posta** firmata e accompagnata dalla fotocopia del documento di riconoscimento (Art. 38 del T.U. D.P.R. 445/2000);

oppure

- » Può essere sottoscritta in presenza del Funzionario addetto dell'ENPAM.

Spazio riservato al Funzionario addetto	Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento _____
	N° _____ rilasciato da _____ il _____
	La presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza: (Art.38 del T.U. sulla documentazione amministrativa)

	Luogo e data
	Timbro e Firma del Funzionario addetto

NOTE INFORMATIVE

- Al coniuge superstite del medico già pensionato compete una pensione di reversibilità pari al 70% di quella già in godimento dal Sanitario al momento del decesso.

- Al coniuge superstite del medico in costanza di contribuzioni al Fondo, spetta una pensione pari al 70% della pensione di invalidità che sarebbe spettata al medico stesso, ove fosse diventato totalmente e permanentemente invalido al momento del decesso.

L'aliquota di cui sopra si riduce al 60% nel caso in cui con il coniuge concorrano altri superstiti. In caso di divorzio il diritto a pensione compete nei limiti e alle condizioni stabilite dalle norme sullo scioglimento e la cessazione degli effetti civili del matrimonio (L. 1/12/70 n° 898 e L. 6/3/87 n° 74). Nei casi di separazione la pensione spetta anche al coniuge superstite separato per sua colpa, che aveva diritto agli alimenti verso il coniuge deceduto.

ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE

- 1) Modello dichiarazione ai fini fiscali, **(da allegare obbligatoriamente per la definizione della domanda)**.
- 2) Certificato di iscrizione all'Albo professionale del medico deceduto, con indicazione di eventuali precedenti iscrizioni; (da allegare solo in caso di pensione indiretta);
- 3) Modello SPG/IM relativo alla domanda di integrazione al minimo e relativa documentazione;

L'intera documentazione relativa al pensionamento di più superstiti facenti parte dello stesso nucleo familiare dovrà a norma del regolamento, essere presentata per il tramite dall'Ordine dei Medici della Provincia cui il medico era iscritto, possibilmente, in un unico plico.

INDICAZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE

DEL MODULO DOMANDA

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 conforme all'originale 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, così come modificato dal 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.