

Domanda per l'indennità di inabilità temporanea

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

Che cos'è l'indennità di inabilità temporanea?

È una prestazione che spetta al medico colpito da inabilità temporanea dovuta a un infortunio o a una malattia.

Se l'attività professionale viene sospesa per **più di 6 mesi continuativi**, la domanda di indennità di inabilità **esonera** dal pagamento del contributo per la **Quota A** (Fondo di previdenza generale).

Chi può chiederla?

Tutti i medici e gli odontoiatri di età inferiore a 70 anni che:

- sono titolari di un rapporto convenzionale in corso (anche a tempo determinato o di sostituzione)
- sono diventati inabili in modo temporaneo a causa di una malattia o di un infortunio
- hanno sospeso tutte le attività professionali (come convenzionati, liberi professionisti, dipendenti)

Quando decorre l'indennità Enpam?

L'indennità viene calcolata dal **31° giorno** dalla data dell'infortunio o della malattia e viene pagata fino a un massimo di 24 mesi (anche non continuativi calcolati nell'arco degli ultimi 48 mesi)

Chi paga l'indennità per i primi 30 giorni?

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

***Attenzione:** l'invalidità 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).*

Generali Italia – Agenzia 63J
Viale di Villa Massimo, 39 - 00161 Roma
Tel. 06 44 24 83 41; 06 44 020 37
Fax 06 44 23 27 26
info@temaassicurazioni.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).

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).

Come si presenta la domanda?

- Si può inviare **per posta** o **per fax** a: Fondazione ENPAM
Ufficio Inabilità Temporanea
Piazza Vittorio Emanuele II, 78 - 00185 Roma
fax: 06 482 946 02

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità**

- Si può **consegnare all' Enpam** - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piazza della Repubblica, 68 (1° piano)
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**

Attenzione: L'indennità viene pagata entro 120 giorni dalla ricezione della **domanda completa dei documenti** richiesti.
In caso di incapacità naturale del medico, la domanda può essere presentata e firmata anche da un congiunto o da un terzo.

Domanda per l'indennità di inabilità temporanea

- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Medici addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale

protocollo

Nome _____ Cognome _____
Codice Enpam _____ Codice Fiscale _____
Nato/a il ___/___/___ a _____ prov. ___ residente a _____
prov. ___ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____ cell. _____
E-mail _____ PEC _____

Consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere sono previste sanzioni penali e civili e la perdita dei benefici conseguiti (articoli 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Dichiaro

di non avere 70 anni;
di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il ___/___/___;
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 di medicina generale con un incarico *(indicare la tipologia 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) _____ Telefono _____
Fax _____ email _____

Azienda Sanitaria di _____ Distretto di _____
ufficio (indicare il nome del servizio) _____ Telefono _____
Fax _____ email _____

Azienda Sanitaria di _____ Distretto di _____
ufficio (indicare il nome del servizio) _____ Telefono _____
Fax _____ email _____

Dichiaro

di aver sospeso ogni attività professionale (come convenzionato/a, libero/a professionista, dipendente) il ___/___/___ a causa di un'inabilità temporanea
di non aver ripreso l'attività professionale;
di aver ripreso l'attività professionale il ___/___/___ .

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).

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"/>					
BIC:	<input type="text"/>					(per pagamento verso Paesi Europei)

Allego

- **certificato medico in originale**, che attesta quando si è verificata la condizione di inabilità e la sua durata;
- **fotocopia delle buste paga** dei 3 mesi che precedono la data in cui si è verificata la malattia o l'infortunio;
- **fotocopia 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)