

## 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 spetta dal 31° giorno dalla data dell'infortunio o della malattia per un periodo massimo di 24 mesi anche non continuativi, calcolati nell'arco degli ultimi 48 mesi.

**I primi 30 giorni di assenza dal lavoro sono coperti** dalla compagnia **Cattolica in coassicurazione con Groupama**.

**Attenzione:** l'inabilità deve essere comunicata alla compagnia Cattolica entro 10 giorni dall'evento, oppure, in caso di ricovero, entro 10 giorni dalle 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 online sul sito [www.polizza30giornimedici.it](http://www.polizza30giornimedici.it) e inviandolo **tramite Pec** a:

- [30gginfortuni.cattolica@legalmail.it](mailto:30gginfortuni.cattolica@legalmail.it) (solo per gli **infortuni**)
- [30ggmalattia.cattolica@legalmail.it](mailto:30ggmalattia.cattolica@legalmail.it) (solo per le **malattie**)

In alternativa si potrà inviare una **raccomandata** a:

Società Cattolica di Assicurazione  
Agenzia Roma Grandi Rischi  
Piazza Sallustio 9 – 00187 Roma

Per qualsiasi informazione si può chiamare il **numero verde** gratuito dall'Italia e dall'estero 800 688 317.

Per i **pediatri non è prevista la copertura assicurativa di Cattolica**. 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. \_\_\_\_\_

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 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'Asl con cui è in atto il rapporto di accreditamento, specificando l'ufficio o la struttura 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 aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

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	CIN		ABI	CAB	NUMERO DI CONTO
Nazione	internaz	CIN			
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC/SWIFT:	<input type="text"/>				(per pagamenti internazionali)

## 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)

## 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")

<b>Contatti</b>	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: <a href="mailto:privacy@enpam.it">privacy@enpam.it</a> . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: <a href="mailto:dpo@enpam.it">dpo@enpam.it</a> ; pec: <a href="mailto:dpo@pec.enpam.it">dpo@pec.enpam.it</a> .
<b>Finalità del trattamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ gestione del rapporto con gli iscritti;</li><li>■ obblighi previsti da leggi, dai regolamenti e dallo Statuto della Fondazione, da disposizioni di autorità e di organi di vigilanza e controllo</li></ul>
<b>Base giuridica</b>	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).
<b>Fonte da cui hanno origine i dati personali</b>	Ordini territoriali; gli iscritti dal momento in cui inizia il rapporto con la Fondazione in poi; pubblici registri.
<b>Categorie di dati trattati</b>	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi alla situazione reddituale o lavorativa e allo stato di salute)
<b>Periodo di conservazione</b>	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
<b>Categorie di destinatari</b>	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
<b>I diritti degli interessati</b>	L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd, usando i moduli pubblicati su <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a>
<b>Informazioni aggiuntive ed estese</b>	Per maggiori dettagli, consultare <a href="http://www.enpam.it/privacy">www.enpam.it/privacy</a> .