

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE DAL **CONIUGE** SUPERSTITE DEL MEDICO

**DOMANDA DI PENSIONE  
FONDO DI**



**INDIRETTA 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 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);

**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
<b>IBAN:</b>	□□	□□□	□□□□	□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□□□□□□□□□□□
<b>BIC:</b>	□□□□□□□□□□ (per pagamento verso Paesi Europei)					

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.

<b>Spazio riservato al Funzionario addetto</b>	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 da parte dell'iscritto 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) Fotocopia del tesserino di codice fiscale;
- 4) 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.