

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO
DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
DELLA FONDAZIONE ENASARCO

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

INFORMAZIONI UTILI

REQUISITI PENSIONISTICI

Per ottenere la pensione di inabilità è necessario avere:

- ▶ un'assoluta e permanente incapacità all'esercizio di qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale;
- ▶ un minimo di 5 anni di anzianità contributiva obbligatoria di cui almeno un anno (quattro trimestri) nel quinquennio antecedente la presentazione della domanda di pensione;
- ▶ la cessazione di tutti i rapporti di agenzia, che può avvenire anche in data successiva a quella di presentazione della domanda.

COME COMPILARE LA DOMANDA

La domanda è valida solo se compilata nei campi ritenuti obbligatori, firmata laddove indicato e comprensiva della documentazione essenziale richiesta.

Nel caso di impossibilità a firmare, la dichiarazione deve essere rilasciata davanti a un pubblico ufficiale che attesti che tale dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

La dichiarazione, nell'ipotesi di impedimento temporaneo dipeso da ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita da dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'impedimento, resa a pubblico ufficiale, dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante (art. 4, comma 1 e 2, D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni).

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Essenziale

(N.B.: in caso di mancato invio della seguente documentazione la domanda potrebbe essere respinta)

- ▶ certificato medico, incluso nella domanda, che dovrà essere obbligatoriamente compilato dal medico in ogni sua parte, apponendo firma e timbro, inviato in originale;
- ▶ fotocopia del documento d'identità del richiedente firmato e in corso di validità (art. 35 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni);
- ▶ fotocopia del codice fiscale del richiedente.

Facoltativa

- ▶ dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;
- ▶ copia del contratto di agenzia;
- ▶ dichiarazione delle ditte o del richiedente attestante lo scioglimento dei rapporti di agenzia se già intervenuto (allegato).

COME PRESENTARE LA DOMANDA

La domanda compilata dovrà essere:

- ▶ inviata per posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: liquidazionepensioni@pec.enasarco.it
- ▶ inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno alla sede della Fondazione Enasarco in Roma (Fondazione Enasarco – Servizio Prestazioni – Ufficio Liquidazione Pensioni – Via Antoniotto Usodimare, 31 – 00154 Roma);
- ▶ presentata direttamente agli Uffici Periferici della Fondazione Enasarco (gli indirizzi sono reperibili sul sito www.enasarco.it).

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

SI RICORDA CHE

- ▶ La pensione di inabilità decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda purché a tale data siano cessati tutti i rapporti di agenzia. Qualora la cessazione avvenga in un momento successivo a quello di presentazione della domanda, la decorrenza della prestazione è posticipata al primo giorno del mese successivo a quello nel quale si è verificato lo scioglimento dell'ultimo rapporto di agenzia (art. 20, comma 2, del Regolamento delle Attività Istituzionali della Fondazione Enasarco).
- ▶ Il diritto alla pensione di inabilità si estingue con la ripresa dell'attività lavorativa che deve essere tempestivamente comunicata alla Fondazione Enasarco.
- ▶ Eventuali modificazioni dei dati contenuti nella dichiarazione dovranno essere comunicati alla Fondazione Enasarco nel termine di 30 gg. dalla loro variazione.
- ▶ L'incompleta o la mancata segnalazione di fatti o stati che incidono sul diritto e/o sulla misura della pensione comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse.

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

PROTOCOLLO ENASARCO

NB: I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori, la mancata compilazione potrebbe comportare la reiezione della domanda.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome*		Nome*	
Codice Fiscale*	<input type="text"/>	Sesso*	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Matricola*	<input type="text"/>		
Data di nascita*	Comune di nascita*	Provincia* <input type="text"/>	
Residenza*	Comune*		
CAP* <input type="text"/>	Provincia* <input type="text"/>	Telefono*	
Indirizzo email			
Domicilio* (da compilare solo se non coincidente con la residenza)			

Presenta domanda di PENSIONE DI INABILITÀ

e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni non veritiere, formazione e uso di atti falsi

Dichiara

di essere* (contrassegnare la casella corrispondente al proprio stato civile)

<input type="checkbox"/>	Celibe/nubile
<input type="checkbox"/>	Coniugato/a dal <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/>	Separato/a dal <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/>	Divorziato/a dal <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/>	Vedovo/a dal <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)

DATI RELATIVI AL CONIUGE ANCHE SE NON FISCALMENTE A CARICO*

Cognome*		Nome*	
Data di nascita*	Comune di nascita*	Provincia* <input type="text"/>	
Codice fiscale del coniuge* <input type="text"/>			

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI AGENZIA/RAPPRESENTANZA ESERCITATA

Ha esercitato l'attività in forma societaria? Sì No

Se sì, riportare i dati richiesti:

RAGIONE SOCIALE	DATA INIZIO	DATA TERMINE O VARIAZIONE	SOCI CHE SVOLGONO L'ATTIVITÀ DI AGENZIA	PERCENTUALE RIPARTIZIONE CONTRIBUTI

Ditte per le quali svolge o ha svolto attività di agente e/o rappresentante:

RAGIONE SOCIALE E SEDE DELLA DITTA MANDANTE	NUMERO POSIZIONE DITTA	INDICARE OBBLIGATORIAMENTE IL PERIODO DEL RAPPORTO MESE E ANNO DI INIZIO O FINE			TIPO CONTRATTO MONO O PLURIMANDATARIO
		DAL	CESSATO IL	IN ATTO	

Dichiara:

(la mancata indicazione di quanto sotto richiesto comporterà dei ritardi nell'erogazione della prestazione)

► di aver cessato l'attività lavorativa il: (gg/mm/aaaa).

In caso contrario il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Fondazione Enasarco la data di scioglimento dell'ultimo rapporto di agenzia (se cessata successivamente alla data di presentazione di questa domanda). La comunicazione sarà inviata alla Fondazione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: Fondazione Enasarco Servizio Prestazioni – Ufficio Liquidazione Pensioni – Via Antoniotto Usodimare, 31 – 00154 Roma o inviando un fax al numero 06.57932537.

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE

Chiede il pagamento con:

Accredito su c/c bancario o postale.

(È obbligatorio riportare tutti i dati bancari o del Banco Posta richiesti. Se non si conoscono si possono richiedere direttamente alla Banca o Banco Posta di cui si è correntisti).

Accredito su libretto postale, dotato di codice IBAN.

(È obbligatorio riportare tutti i dati del Banco Posta richiesti).

Indicare i dati bancari o del Banco Posta richiesti

Banca o Banco Posta:

Località:

CAP:

Indirizzo:

Codice IBAN:

Si precisa che qualora la modalità di pagamento prescelta sia l'accredito su c/c bancario o postale oppure libretto postale, l'errata o incompleta indicazione del codice IBAN determinerà il pagamento tramite assegno circolare solo qualora l'importo da erogare non sia superiore a €1.000,00, assumendo a proprio carico il rischio dei ritardi conseguenti a disguidi postali, smarrimenti o sottrazioni indebite.

Codice SWIFT*: solo se si richiede il bonifico presso banche all'estero

Si precisa che l'errata o incompleta indicazione del codice SWIFT impedirà il pagamento della pensione.

Assegno Circolare non trasferibile a domicilio.

(Riservato ai pagamenti in territorio italiano, di importo non superiore a €1.000,00, assumendo a proprio carico il rischio dei ritardi conseguenti a disguidi postali, smarrimenti o sottrazioni indebite).

Si precisa che la rata mensile di pensione inferiore a €1.000,00 potrebbe superare il limite consentito per il pagamento in contanti nel caso di somme aggiuntive, competenze arretrate e tredicesima. La Legge n. 214/11 prevede che le pensioni pari o superiori a tale importo potranno essere accreditate esclusivamente su c/c postale o bancario oppure su libretto postale. La mancanza dell'esatta segnalazione delle coordinate bancarie/postali potrebbe quindi comportare la mancata erogazione della prestazione richiesta.

Si allegano

(contrassegnare le caselle relative agli allegati posti a corredo della domanda):

fotocopia del documento di identità del richiedente firmato e in corso di validità (art. 35 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni);

fotocopia del codice fiscale del richiedente;

dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;

copia del contratto d'agenzia;

altro:

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

NB: I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori.

Si precisa che il certificato medico dovrà essere inviato in originale.

CERTIFICATO MEDICO DI INABILITÀ

Compilare il presente certificato in ogni sua parte riportando in modo particolareggiato l'esame obiettivo dello stato morboso che costituisce l'eventuale causa dell'inabilità.

Cognome e nome*

Matricola*

Nato il* a*

Provincia*:

Residente a*

Provincia*:

via*

ANAMNESI

1. Familiare

2. Personale remota

3. Personale prossima

4. Lavorativa

B) ESAME OBIETTIVO

1. Condizioni generali

2. Stato di nutrizione

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Cognome e nome agente*

Matricola*

ESAME OBIETTIVO (segue)

3. Stato di sanguificazione

4. Capo e collo

5. Organi di senso

Vista

Udito

6. Apparato respiratorio

7. Apparato cardio-vascolare

8. Apparato digerente

Organi ipocondriaci

9. Apparato genito-urinario

10. Apparato osteoarticolare e locomotore

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Cognome e nome agente*

Matricola*

B) ESAME OBIETTIVO (segue)

11. Apparato linfoghiandolare

12. Sistema nervoso

13. Esito e data di eventuali recenti accertamenti clinici di laboratorio e radiografici

C) SINTESI DIAGNOSTICA*

D) ATTESTAZIONE DI INABILITÀ*

Si certifica che l'agente ha riportato un'assoluta e permanente incapacità all'esercizio di qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale.

Il medico

Firma e timbro*

Indirizzo

Data

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

ALLEGATO

DICHIARAZIONE PER IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA

(Artt. 11, 12 e 13 del TUIR – D.P.R. 917/86 e successive modificazioni)

Per ottenere le detrazioni è obbligatorio compilare le pagine successive con dati del coniuge, anche se non a carico (tranne nei casi in cui è deceduto, separato legalmente o divorziato) e degli altri soggetti a carico.

Si ricorda che l'obbligo di comunicazione annuale dei dati relativi a detrazioni per familiari a carico sussiste solo in caso di variazione dei dati stessi.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome				Nome			
Codice Fiscale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Matricola	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	<input type="text"/>	Comune di nascita	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Residenza	<input type="text"/>	Comune	<input type="text"/>	Telefono	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CAP	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>				
Domicilio (solo se non coincidente con la residenza)							

Stato civile*

* si prega di indicare sempre lo stato civile, scegliendo tra i seguenti: celibe/nubile, coniugata/o, separata/o, divorziata/o, vedova/o.

Se pensionato

Titolare della pensione	<input type="text"/>	Numero di ruolo pensione	<input type="text"/>
Matricola	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi di aver diritto alle detrazioni d'imposta a decorrere dal (gg/mm/aaaa)

<input type="checkbox"/>	per redditi da pensione
<input type="checkbox"/>	per il coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico di età inferiore ai tre anni <input type="checkbox"/> (indicare nella casella il numero)
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico di età superiore ai tre anni <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico portatori di handicap di età inferiore ai tre anni (ai sensi dell'art.3 della legge 104/92) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico portatori di handicap di età superiore ai tre anni (ai sensi dell'art.3 della legge 104/92) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	per il primo figlio a carico in assenza del coniuge
<input type="checkbox"/>	per altri familiari a carico

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

ALLEGATO

CONIUGE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

(gg/mm/aaaa)

Stato

FIGLI A CARICO

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

** (gg/mm/aaaa)

Stato

per figlio

per primo figlio in assenza di coniuge

primo figlio portatore di handicap

50%

100%

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

** (gg/mm/aaaa)

Stato

per figlio

per primo figlio in assenza di coniuge

primo figlio portatore di handicap

50%

100%

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

** (gg/mm/aaaa)

Stato

per figlio

per primo figlio in assenza di coniuge

primo figlio portatore di handicap

50%

100%

** le date di nascita sono da indicare solo per i figli di età inferiore ai tre anni.

ALTRI FAMILIARI A CARICO (di cui all'art. 433 del C.C. sono da indicare solo se il carico spettante è pari al 100%.)

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

(gg/mm/aaaa)

Stato

A carico dal

(gg/mm/aaaa)

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente

INFORMATIVA

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Fondazione Enasarco con sede in Roma Via Antoniotto Usodimare n. 31, cap 00154.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Titolare del trattamento ha provveduto alla nomina del Responsabile della protezione dei dati, che può essere contattato all'indirizzo email dpo@enasarco.it

TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI E CONSERVAZIONE

Le tipologie di dati personali raccolti e trattati dalla Fondazione si dividono in:

- ▶ dati necessari all'espletamento delle attività istituzionali, con fini previdenziali e assistenziali, a favore della categoria degli iscritti, in ossequio alla Legge 2 febbraio 1973, n. 12 e al Regolamento delle Attività Istituzionali vigente, adottato in conformità dell'art. 1, commi 3 e 4 e del D.Lgs. n. 509/1994.:
 1. Dati anagrafici (Nome, cognome, data di nascita);
 2. Dati di contatto (indirizzi mail e recapiti);
 3. Dati relativi a rapporti di agenzia con le ditte mandanti;
 4. Dati reddituali;
 5. Dati relativi alla composizione familiare;
 6. Dati inerenti l'istruzione;
 7. Dati relativi alla salute
 8. Dati relativi a contenziosi legali
- ▶ dati necessari alla conclusione e all'esecuzione di contratti di locazione o vendita per i locatari o gli acquirenti degli immobili della Fondazione:
 1. Dati anagrafici (Nome, cognome, data di nascita);
 2. Dati di contatto (indirizzi mail e recapiti);
 3. Dati reddituali;
 4. Altri dati richiesti dal contratto;
- ▶ dati afferenti alla navigazione web, necessari per sviluppare e migliorare ulteriormente il sito internet www.enasarco.it ed i relativi sistemi:
 1. Indirizzi IP;
 2. Indirizzi in notazione URI (Uniform Resource Identifier) delle risorse richieste;
 3. Orari delle richieste web;
 4. Log relativi alle transazioni effettuate mediante funzionalità disponibili in area riservata.

Al di fuori dei casi sopra indicati, laddove necessario ai sensi di legge, l'interessato è chiamato, ad esprimere inequivocabilmente ed in forma specifica il proprio consenso libero ed informato.

I dati trattati sono conservati per il tempo necessario all'espletamento delle attività istituzionali della Fondazione e, comunque, nei limiti della prescrizione dei diritti coinvolti.

I dati di navigazione di cui al punto 1, 2 e 3, invece, sono conservati per un periodo massimo di 6 mesi.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La prevalenza dei dati è raccolta per svolgere le finalità istituzionali della Fondazione, ovvero quelle legate sia alla previdenza integrativa obbligatoria che all'assistenza di categoria a favore degli iscritti, ai sensi, della Legge 2 febbraio 1973, n. 12 e del Regolamento delle Attività Istituzionali vigente, adottato in conformità dell'art. 1, commi 3 e 4 e del D.Lgs. n. 509/1994.

I dati dei locatari o degli acquirenti degli immobili della Fondazione, necessari per la conclusione o l'esecuzione dei contratti di locazione o di vendita, sono trattati ai soli fini dell'espletamento del contratto stesso.

INFORMATIVA

I dati non rientranti nelle categorie indicate, di cui non è possibile a monte individuarne le finalità, saranno oggetto, ove necessario ex lege, di esplicito consenso dell'interessato.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati sono trattati con strumenti informatici o manuali per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività istituzionali e/o contrattuali riferibili all'interessato. I dati sono protetti da misure di sicurezza tecniche, informatiche, organizzative, logistiche e procedurali contro i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, e di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito. Tali misure sono aggiornate periodicamente in base al progresso tecnologico, alla natura dei dati e alle specifiche caratteristiche del trattamento, controllate costantemente e verificate nel tempo.

COMUNICAZIONE E/O DIFFUSIONE DEI DATI

I dati potranno essere comunicati, previa acquisizione del consenso da parte dell'interessato, a soggetti che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto della Fondazione Enasarco ovvero ad Autorità competenti per ordine delle stesse o per l'adempimento degli obblighi di legge. I dati personali possono essere diffusi solo se previsto da una norma di legge o di regolamento e nei limiti in cui ciò sia previsto. I dati degli interessati non sono trasferiti al di fuori dei confini dell'Unione Europea. L'interessato potrà, attraverso richiesta formale al Titolare del trattamento, ottenere l'elenco completo dei Responsabili esterni del trattamento.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

I dati sono organizzati e conservati in maniera tale da permettere all'interessato di esercitare i propri diritti ai sensi e nei limiti di quanto previsto dal Capo III del Regolamento Europeo 2016/679. L'interessato ha in particolare il diritto di proporre reclamo ad un'Autorità di controllo, ottenere in ogni momento, dal Titolare, la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento o la rettifica. Il soggetto interessato ha il diritto di chiedere il blocco o la limitazione del trattamento dei dati qualora trattati in violazione di legge. Il soggetto interessato ha altresì il diritto di ricevere in formato strutturato e di uso comune e leggibile i dati personali che lo riguardano.

PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

La Fondazione Enasarco non effettua decisioni automatizzate esclusivamente in base all'elaborazione automatica, fra cui la profilazione, che produce effetti legali sull'utente o ha altre conseguenze analoghe.

Dichiaro di aver letto, compreso e accettato la presente informativa:

Luogo e data

Firma

Presto il consenso al trattamento dei miei dati particolari (art. 9 Regolamento UE 2016/679)

Luogo e data

Firma