

Istruzioni per la domanda di pensione di vecchiaia con il cumulo dei contributi

È possibile cumulare i periodi contributivi, accreditati presso più gestioni previdenziali obbligatorie, per ottenere un'unica pensione.

I periodi non devono essere coincidenti. Le gestioni, ciascuna per la propria parte, determinano il trattamento secondo le proprie regole di calcolo.

1. Chi può chiedere la pensione?

Gli iscritti che:

- non sono già pensionati (presso l'Enpam o le altre gestioni previdenziali obbligatorie);
- **non hanno accettato** la ricongiunzione (richiesta ai sensi della **legge 45/1990**);
- possiedono il requisito dell'età anagrafica e hanno cessato l'attività professionale (di dipendenza o in convenzione/ accreditamento con il Servizio sanitario nazionale):

2017	2018
67 anni e 6 mesi	68 anni

- maturano con il cumulo un'**anzianità contributiva di 20 anni**

Attenzione: fino al **31 dicembre 2017** è ancora possibile **rinunciare a una ricongiunzione** chiesta ai sensi della **legge n.29 del 7 febbraio 1979** a patto che sia **ancora in corso** (il pagamento non è ancora concluso, non si è già pensionati beneficiando della ricongiunzione richiesta). Dopo aver fatto la rinuncia, l'importo versato verrà restituito senza la maggiorazione degli interessi.

Totalizzazione

I medici e gli odontoiatri che hanno presentato domanda di pensione in totalizzazione prima del 1° gennaio 2017, nel caso in cui il procedimento amministrativo non sia ancora concluso, possono accedere al trattamento pensionistico con il cumulo. Prima però è necessario rinunciare alla domanda di pensione in totalizzazione.

Periodi contributivi

Per il computo dell'anzianità contributiva i periodi da cumulare non devono essere coincidenti. Se i periodi sono coincidenti, sono utili per determinare l'importo dell'assegno ma non l'anzianità contributiva.

Pagamento della pensione

Ciascuna gestione, per la propria parte, corrisponde il trattamento pensionistico in relazione ai periodi contributivi maturati. L'assegno comprensivo di tutte le quote viene versato dall'Inps (anche quando non ci sono somme a suo carico).

2. **Documenti necessari** per il pagamento della pensione (**solo** per gli iscritti al **Fondo della medicina accreditata e convenzionata**)

Per legge¹ i documenti indispensabili per pagare la pensione sono acquisiti d'ufficio dall'Enpam. Chi presenta la domanda, dal canto suo, è tenuto a indicare l'ufficio e la struttura (Comitato zonale, Asl/Ente) a cui l'Enpam dovrà rivolgersi per reperire i dati necessari. **In alternativa l'interessato/a può presentare una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. In questo modo si riducono i tempi di attesa per ricevere la pensione.**

I modelli per la dichiarazione sostitutiva si trovano su: <http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondi-speciali>.

Specialisti ambulatoriali e Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione

Per autocertificare **l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012** vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato e di ricopiare fedelmente tutti i dati sul modello della dichiarazione sostitutiva.

Le informazioni necessarie per determinare l'importo della pensione maturata fino al 31 dicembre 2012 sono, infatti, molto dettagliate e piuttosto difficili da ricostruire con precisione.

Per l'attività svolta dal 1° gennaio 2013, invece, è sufficiente autocertificare la data di cessazione del rapporto professionale.

Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione

È necessario **allegare un cedolino** dei compensi per ogni anno dal 2008 al 2012.

3. **Quando** si presenta la domanda?

La domanda si presenta dopo aver cessato l'attività professionale, se si è in possesso di tutti i requisiti previsti.

4. **Come** si presenta la domanda?

La domanda deve essere presentata all'ultimo ente pensionistico presso il quale si è iscritti (o si è stati iscritti).

Nella domanda è necessario indicare tutti gli enti di previdenza obbligatoria presso cui sono stati versati i contributi.

Sarà l'Enpam ad avviare il procedimento con le altre gestioni interessate.

- Si può inviare per **posta** o per **fax** (*scegliere solo uno di questi modi*) a:

Fondazione Enpam
Servizio Prestazioni Fondi Speciali
Piazza Vittorio Emanuele II, n°78 – 00185 Roma
Fax 06/48294.715

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

- per **posta certificata** a: protocollo@pec.enpam.it

- Si può consegnare all'Enpam - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra, Roma

Orari: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-13,00.

In questo caso il modulo deve essere **firmato alla presenza** di un funzionario dell'Enpam.

1. Articolo 15, Legge 12 novembre 2011, n. 183, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato.

spazio riservato all'Enpam
protocollo

MOD.PENS/CUM.

Domanda di pensione di vecchiaia con cumulo contributivo

Nome _____ Cognome _____
Codice Enpam _____ **Codice Fiscale** _____
 Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. ___ residente a _____
 prov. ___ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____ cell. _____
 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 aver maturato i seguenti **periodi contributivi**:

Ente	Tipo di contribuzione	dal	al

- di aver presentato domanda di ricongiunzione il ___/___/___ presso _____
- di aver presentato domanda di pensione diretta presso _____
- di essere titolare di pensione diretta presso _____

Medici e odontoiatri che esercitano la libera professione:

- di essere stato iscritto all'albo/i fino al ___/___/_____
- di essere iscritto all'albo/i professionale di _____

Medici e odontoiatri che lavorano in convenzione con il Ssn:

- di essere titolare di un rapporto di convenzione con l'Asl _____
e di cessare il ____/____/____
- di essere stato titolare di un rapporto di convenzione con l'Asl
_____ e di aver cessato il ____/____/____

Medici e odontoiatri che lavorano in accreditamento con il Ssn:

- di essere titolare di un rapporto di accreditamento con l'Asl _____
e di cessare il ____/____/____
- di operare nell'ambito di una Società accreditata con il Ssn e di cessare il ____/____/____
- di essere stato titolare di un rapporto di accreditamento con l'Asl _____
e di aver cessato il ____/____/____
- di aver operato nell'ambito di una Società accreditata con il Ssn e di aver cessato il ____/____/____

Medici e odontoiatri che lavorano come dipendenti:

- di cessare l'attività lavorativa il ____/____/____
- di aver cessato l'attività lavorativa 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).

Data _____

Firma _____

Chiedo

la pensione di vecchiaia

con accredito sul conto corrente bancario o sul conto corrente postale a me intestato (ATTENZIONE: la pensione può essere accreditata **solo** sul **conto corrente intestato al beneficiario**; **non si accettano** libretti postali di risparmio anche se forniti di IBAN)

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ (località)

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

Decorrenza della pensione

- chiedo che la pensione decorra dal **mese successivo** a quello in cui ho maturato i **requisiti anagrafici e contributivi** (*sempreché la cessazione sia antecedente*)
- chiedo che la pensione decorra dal **mese successivo** alla **presentazione della domanda** (*l'attività deve essere cessata prima di presentare la domanda*)

La parte che segue **va compilata solo se siete titolari di una posizione contributiva presso il Fondo della medicina accreditata e convenzionata**. È necessario specificare se preferite che sia l'Enpam ad acquisire d'ufficio i certificati necessari per chiudere la pratica, oppure se scegliete di presentare una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

chiedo l'**acquisizione d'ufficio dei documenti** presso

(Attenzione: nel caso facciate questa scelta la pensione potrà essere liquidata solo quando il comitato zonale/Asl/Ente ci avrà inviato tutti i dati necessari)

Comitato zonale/Asl/Ente _____
 Ufficio (indicare il nome del servizio) _____
 Telefono _____ Fax _____ Email _____
 indirizzo _____ Cap _____
 Prov. _____ Stato _____

allego la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (se avete lavorato come specialisti ambulatoriali o medici della medicina dei servizi, con contratto di convenzione, per autocertificare l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012 vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato e di ricopiare fedelmente tutti i dati sul modello che trovate alla pagina: <http://www.enpam.it/modulistica/prestazioni/fondi-speciali>)

La parte che segue va compilata solo dai medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione

allego n. ___ cedolini per i compensi dal ___ al ___ (per l'attività svolta dal 2008 al 2012 è necessario allegare un cedolino per ogni anno)

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)

Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(articoli 11, 12, e 13 del Tuir, decreto del Presidente della Repubblica 1986, n. 917 e successive modificazioni e Dpr 29 settembre 1973, n. 600)

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:

- celibe/nubile
- vedovo/a dal _____
- separato legalmente dal _____
- divorziato/a dal _____
- coniugato/a dal _____

DATI DEL CONIUGE

Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____
Stato _____

Dichiaro

di aver diritto *(barrare la casella)*:

- al beneficio delle detrazioni d'imposta in base all'Art. 13 del TUIR a decorrere dal ___/___/___
- alle agevolazioni previste dall'Art. 11 del TUIR, perché al mio reddito complessivo concorrono, oltre ai redditi non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro e il reddito dell'unità immobiliare (e delle pertinenze) adibita ad abitazione principale
- alle detrazioni previste dall'Art. 12 del TUIR per il **coniuge** a carico legalmente ed effettivamente non separato dal ___/___/___;

SI **NO** alle detrazioni previste dall'art. 12 del Tuir per i figli a carico compresi i figli adottivi, gli affidati e affiliati, che abbiano un reddito annuo **non superiore a 2.840,51 euro** (al lordo degli oneri deducibili secondo quanto stabilito dall'articolo 10 del Tuir)

FIGLI A CARICO

1. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____
- al 100% a decorrere dal _____
- al 50% a decorrere dal _____
- Minore di 3 anni

2. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____
- al 100% a decorrere dal _____
- al 50% a decorrere dal _____
- Minore di 3 anni

3. Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

- Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____
- al 100% a decorrere dal _____
- al 50% a decorrere dal _____
- Minore di 3 anni

Dichiarazione obbligatoria in caso di 4 o più figli

Dichiaro

di avere 4 o più figli a carico e di non avere redditi ulteriori oltre a quelli da lavoro dipendente e assimilati (articoli 49, 50 del Tuir) e a quelli che derivano dal possesso dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale con le relative pertinenze:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____

al 100% a decorrere dal _____

al 50% a decorrere dal _____

Minore di 3 anni

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____

al 100% a decorrere dal _____

al 50% a decorrere dal _____

Minore di 3 anni

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____

al 100% a decorrere dal _____

al 50% a decorrere dal _____

Minore di 3 anni

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____

Stato _____

Disabile Art. 3 L. 104/92 a decorrere dal _____

al 100% a decorrere dal _____

al 50% a decorrere dal _____

Minore di 3 anni

SI **NO** alle detrazioni previste dall'art. 12 del Tuir per altri familiari a carico compresi che abbiano un reddito annuo non superiore a **2.840,51 euro** (al lordo degli oneri deducibili secondo l'quanto stabilito dall'art. 10 del Tuir)

ALTRI FAMILIARI in base all'art. 433 Cod. Civile

1. Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____
Stato _____
 al 100% a decorrere dal _____
 al 50% a decorrere dal _____

2. Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____
Stato _____
 al 100% a decorrere dal _____
 al 50% a decorrere dal _____

3. Nome _____ Cognome _____
Codice Fiscale _____ Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____
Stato _____
 al 100% a decorrere dal _____
 al 50% a decorrere dal _____

- Non potendo beneficiare delle detrazioni d'imposta** previste dall'articolo 13 del Tuir chiedo che la Fondazione Enpam applichi un'aliquota di tassazione più elevata di quella assegnata all'imponibile Enpam e che venga quindi applicata un'aliquota del ___% con conseguente conguaglio Irpef a debito.
Attenzione: per i titolari di più trattamenti pensionistici l'Enpam applica l'aliquota fiscale comunicata dal Casellario Inps tenendo conto del reddito annuo complessivo da pensione

luogo e data _____ firma (del dichiarante) _____

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).

Mi impegno a comunicare all'Enpam tutti i cambiamenti che incidono nella determinazione della detrazione entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento

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)