

DOMANDA DI REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

**ART. 22, COMMA 5, DEL REGOLAMENTO
DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
DELLA FONDAZIONE ENASARCO**

DOMANDA DI REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

INFORMAZIONI UTILI

REQUISITI PENSIONISTICI

Per ottenere la revisione dello stato invalidante o la trasformazione della pensione da inabilità in invalidità è necessario che si sia verificato:

- ▶ un sopravvenuto mutamento della percentuale di invalidità o dello stato di inabilità a seguito di una evoluzione in senso peggiorativo (REVISIONE STATO INVALIDANTE) o migliorativo (TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ) delle infermità che avevano determinato la concessione della prestazione già in godimento.

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).

Facoltativa

- ▶ altro _____

COME PRESENTARE LA DOMANDA

La domanda compilata dovrà essere:

- ▶ 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 REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

SI RICORDA CHE

- ▶ Non si può beneficiare della prestazione pensionistica di invalidità Enasarco e della pensione di invalidità civile parziale Inps , in quanto vi è incompatibilità. Non esiste, invece, alcuna incompatibilità per i mutilati ed invalidi civili totali. Il beneficiario può optare però per il trattamento economico più favorevole. (Art. 3, comma 1, L. 407/90 e successive modificazioni e integrazioni; art. 5 D.M. dell'Interno n. 553/92).
- ▶ La prestazione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.
- ▶ 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 REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL 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"/>		
Ruolo (se già pensionato INV./INAB.)	<input type="text"/>		
Data di nascita*	Comune di nascita*	Provincia* <input type="text"/>	
Residenza*	Comune*		
CAP* <input type="text"/>	Provincia* <input type="text"/>	Telefono* <input type="text"/>	
Indirizzo email <input type="text"/>			
Domicilio* <input type="text"/> (da compilare solo se non coincidente con la residenza)			

Presenta domanda di

(contrassegnare la casella relativa alla pensione richiesta)

- ☐ **REVISIONE STATO INVALIDANTE**
- ☐ **TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DA INABILITÀ IN INVALIDITÀ**

DOMANDA DI REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Dichiara:

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

- ☐ di aver presentato all'Inps domanda di pensione di invalidità civile;
- ☐ di percepire la pensione di invalidità civile parziale Inps (categoria INV.CIV.). Specificare la percentuale di invalidità riconosciuta _____ %;
- ☐ di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a civile al _____ % e di non percepire alcun trattamento pensionistico dall'Inps .
Specificare la motivazione _____ ;
- ☐ di non aver presentato all'Inps domanda di pensione di invalidità civile.

Inoltre dichiara:

- ▶ di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Fondazione Enasarco che percepisce la pensione di invalidità civile parziale (se liquidata successivamente alla data di presentazione di questa domanda). La comunicazione sarà inviata 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.
- ▶ di essere a conoscenza che vi è incompatibilità tra la prestazione pensionistica di invalidità Enasarco e la pensione di invalidità civile parziale Inps e che non esiste, invece, alcuna incompatibilità per i mutilati ed invalidi civili totali. Il sottoscritto è altresì consapevole che può optare per il trattamento economico più favorevole.
(Art. 3, comma 1, L. 407/90 e successive modificazioni ed integrazioni; art. 5 D.M. dell'Interno n. 553/92).

DOMANDA DI REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE

- ☐ **Conferma la modalità di pagamento della pensione già in essere**
- ☐ **Chiede di variare la modalità di pagamento della pensione 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. 214/12 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 allega

- ☐ 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).

DOMANDA DI REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL 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 INVALIDITÀ

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 REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL 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 REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ**

ART. 22, COMMA 5, DEL 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 INVALIDITÀ*

Si certifica che l'agente ha riportato, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, una riduzione della capacità lavorativa pari al _____%*, _____*. (Indicare la percentuale di invalidità in cifre percentuali e in lettere).

Il medico

Firma e timbro*

Indirizzo

Data

DOMANDA DI REVISIONE DELLO STATO INVALIDANTE E DI TRASFORMAZIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ IN INVALIDITÀ

ART. 22, COMMA 5, DEL REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 Le comunichiamo che:

- ▶ tutti i dati personali che La riguardano, compresi quelli sensibili, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali, nonché dalla legge e dai regolamenti al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa. Il trattamento dei dati avverrà con l'utilizzo di strumenti elettronici, attraverso logiche correlate alle finalità per le quali sono stati raccolti;
- ▶ il conferimento dei dati anagrafici del richiedente, dei dati relativi al coniuge anche se non fiscalmente a carico e delle coordinate bancarie, in caso di banca estera, è obbligatorio al fine di poterLe offrire la prestazione richiesta; il conferimento dei dati relativi a stato civile, attività d'agenzia esercitata e modalità di pagamento del trattamento pensionistico ha lo scopo di agevolare il disbrigo puntuale della pratica inerente la prestazione richiesta;
- ▶ il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti della Fondazione; eccezionalmente potranno conoscere i Suoi dati altri soggetti che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto della Fondazione Enasarco, i quali operano in qualità di responsabili designati dalla Fondazione stessa. Inoltre i Suoi dati potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria;
- ▶ in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. In particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarLa; ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; chiedere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati; opporsi, in tutto o in parte e per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- ▶ il titolare del trattamento è la Fondazione Enasarco con sede in Roma Via Antoniotto Usodimare n. 31.

Data

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente