



Domanda di indennità di malattia

Lavoratori parasubordinati iscritti alla Gestione separata (legge n. 335/1995)

Informazioni utili

Da gennaio 2007 i lavoratori parasubordinati ed assimilati iscritti alla Gestione separata dei lavoratori autonomi (collaboratori a progetto, collaboratori coordinati e continuativi e lavoratori occasionali) hanno diritto all'indennità di malattia, purché non siano iscritti ad altre forme di assicurazione obbligatoria o non siano pensionati.

Per avere diritto all'indennità è necessario possedere almeno 3 mesi di contribuzione nei 12 mesi che precedono l'inizio della malattia ed un reddito individuale da lavoro parasubordinato non superiore al 70% del massimale contributivo.

L'accreditamento dei contributi viene verificato direttamente dall'Inps.

La domanda deve essere presentata entro il termine di prescrizione di un anno, calcolato dal giorno successivo alla fine della malattia. Questo termine annuale può essere interrotto con la presentazione, alla sede Inps di zona, di atti scritti di data certa (solleciti, richieste di pagamento ecc.).

Si ricorda che la domanda può essere anche inviata per posta, allegando copia del documento di riconoscimento, o tramite un ente di patronato, che offre assistenza gratuita.

Documentazione da allegare

	Copia del/i contratto/i di lavoro stipulati nei 12 mesi precedenti l'inizio della malattia;
	Per velocizzare la liquidazione dell'indennità è utile allegare alla domanda copia delle dichiarazioni fiscali (modello Cud, modello 770) delle dichiarazioni del committente attestanti i compensi <i>percepiti e la contribuzione accreditata e versata.</i>



Protocollo

Alla Sede di _____

Domanda di indennità di malattia

Lavoratori parasubordinati iscritti alla Gestione separata (legge n. 335/1995)

Scrivere in stampatello, fornire le notizie e barrare le caselle che interessano

Cognome		Nome			
Codice fiscale		data di nascita		sexso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Comune (o Stato Estero) di nascita				prov.	
Comune residenza				prov.	
Via/Piazza		n.		cap.	
numero telefonico		numero tel. cellulare			
e-mail					

Periodo di malattia: dal (gg/mm/aaaa) _____ al _____

ATTIVITA' LAVORATIVA

- COLLABORATORI A PROGETTO
- COLLABORATORI COORDINATI E CONTINUATIVI
- LAVORATORI OCCASIONALI *

- Data di iscrizione alla Gestione separata (gg/mm/aaaa)
- Numero giornate lavorate o comunque retribuite nei 12 mesi precedenti l'inizio dell'evento di malattia
- Compensi o redditi lordi conseguiti nell'anno in cui è iniziata la malattia ** tot. Euro
- Compensi o redditi lordi conseguiti nell'anno precedente quello in cui è iniziata la malattia tot. Euro

* Per lavoratori occasionali si intendono i titolari di rapporti di lavoro con lo stesso committente di durata superiore ai 30 giorni nell'arco dell'anno solare o di durata anche inferiore ma con un compenso superiore ai 5000 euro).

** Indicare unicamente gli importi assoggettati al contributo, "maggiorato" dello 0,50% rispetto all'ordinario contributo previsto ai fini pensionistici, presso la Gestione Separata Inps.

SR06

MAL2/GEST.SEP.



Richiesta di pagamento della prestazione presso banca

Banca

Agenzia n.

Via

cap

città

codice ABI

codice CAB

(i codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)

Chiedo il pagamento

Barrare la casella corrispondente

- allo sportello
- con assegno circolare
- sul mio conto corrente bancario nominativo

Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario nominativo o su libretto risparmio nominativo, la banca deve compilare la parte sottostante.

Codice **IBAN**

Codice **BIC**

data	timbro della banca	firma del funzionario
------	--------------------	-----------------------

- sul mio libretto risparmio nominativo n.

Codice **IBAN**

Codice **BIC**

(indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)

data	timbro della banca	firma del funzionario
------	--------------------	-----------------------

Dichiaro che tutte le informazioni presenti sono vere e mi impegno a comunicare all'Inps, entro trenta giorni dalla presentazione di questa domanda, qualsiasi variazione.



Richiesta di pagamento della prestazione presso Poste Italiane

Ufficio Postale di

n.

Via

cap

città

codice ABI

codice CAB/FRAZIONARIO

(i codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)

Chiedo il pagamento

Barrare la casella corrispondente

Allo sportello

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo o su conto corrente, nominativo l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

Sul mio libretto di risparmio nominativo numero

data	timbro Ufficio Postale	Firma del funzionario
------	------------------------	-----------------------

Sul mio conto corrente postale nominativo

Codice IBAN

Codice BIC

data	timbro Ufficio Postale	Firma del funzionario
------	------------------------	-----------------------

Dichiaro che tutte le informazioni presenti sono vere e mi impegno a comunicare all'Inps, entro trenta giorni dalla presentazione di questa domanda, qualsiasi variazione.



Delega al patronato

Delego il patronato _____ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps, per la trattazione della presente domanda di indennità di malattia.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali 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.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Mi impegno a comunicare, entro 30 giorni, ogni variazione riguardante i dati indicati nella richiesta.

Sono consapevole che l'incompleta o la mancata segnalazione di dati, che possono incidere sul diritto e/o sul calcolo della pensione, comporta il recupero da parte dell'Inps delle somme indebitamente riscosse.

Data _____

Firma _____