



Spett.le
ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA
 Via Alessandro Farnese, 3
 00192 - ROMA

DOMANDA PER QUOTA DI PENSIONE AI FIGLI MAGGIORENNI INABILI

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome
---------	------

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile	Codice fiscale
-------------------	-------	-----------------	--------------	----------------

Residente in

Via	Comune	Prov.	CAP
e-mail	Tel.	Cell.	

Figlio inabile al proficuo lavoro di:

Cognome	Nome.	Codice fiscale
---------	-------	----------------

N. iscrizione	Data iscrizione	Data cancellazione
---------------	-----------------	--------------------

Data del decesso	Pensionato Ente [si] [no] dal.....
------------------	---------------------------------------

Ai sensi degli artt. 22, 31, 32 e 34 del Regolamento di Previdenza dell'Ente chiede la liquidazione della pensione ai superstiti.

A tal fine, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, **dichiara che:**

- al momento del decesso, era a carico del professionista e non prestava attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato
- il proprio reddito alla data del decesso del genitore era pari ad €.....
- di non prestare attualmente attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato

Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente all' Ente l'eventuale inizio di propria attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato e chiede che la pensione sia erogata mediante **bonifico bancario, con le seguenti coordinate**

Istituto _____ filiale di _____

Via _____ Intestato a: _____

IBAN (*) _____

(*) Dal 1 gennaio 2008, l'IBAN (International Bank Account Number) sostituisce le tradizionali coordinate bancarie (ABI, CAB e numero di conto corrente).

Allega alla presente domanda:

1. fotocopia di un documento d'identità
2. modello per le detrazioni di imposta.
3. documentazione medica comprovante lo stato di inabilità alla data del decesso

Data _____

Firma _____

Informativa sulla privacy

La informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26, 5° comma del D.Lgs 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione.

Titolare del trattamento è ENPAPI, Via Alessandro Farnese, 3 - 00192 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente.

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente **autorizza** il trattamento dei **dati personali**, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o di assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed **autorizza**, inoltre, il **trattamento dei dati sensibili**, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle operazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dei servizi da me richiesti.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI SULLA PENSIONE AI SUPERSTITI

Soggetti legittimati

- ✓ La pensione spetta ai superstiti nel caso di decesso del pensionato o dell'iscritto per il quale risultino versate almeno 5 annualità di contribuzione effettiva (di cui almeno 3 nel quinquennio precedente la domanda di pensione). La liquidazione della pensione spetta:
- ✓ al coniuge e ai figli minorenni o totalmente inabili al lavoro;
- ✓ in mancanza di essi, ai genitori ultra sessantacinquenni (o inabili al lavoro) che, alla morte dell'iscritto o del pensionato risultano a suo carico;
- ✓ in mancanza anche dei genitori, la pensione spetta ai fratelli celibi ed alle sorelle nubili superstiti, a condizione che al momento della morte dell'iscritto o del pensionato risultino permanente inabili al lavoro ed a suo carico.

Nel caso in cui i figli seguano corsi di studio superiore o universitari, la pensione spetta loro anche dopo il superamento della maggiore età, limitatamente alla durata del corso seguito e comunque non oltre il compimento del 26esimo anno di età, sempre che i figli stessi risultino a carico del genitore al momento del decesso e non prestino lavoro retribuito.

Importo della pensione

La pensione in favore dei superstiti è stabilita nelle seguenti aliquote della pensione annua già liquidata (o che sarebbe spettata) all'Assicurato:

- ✓ 60% al coniuge;
- ✓ 70% al figlio unico (se manca il coniuge);
- ✓ 20% a ciascun figlio (se anche il coniuge ha diritto a pensione);
- ✓ 40% a ciascuno dei figli (se manca il coniuge);
- ✓ 15% a ciascun genitore;
- ✓ 15% a ciascuno dei fratelli o sorelle;

Cessazione del diritto a pensione

Il diritto alla pensione cessa:

- ✓ per il coniuge, qualora passi a nuove nozze;
- ✓ per il figlio, al compimento del 18esimo anno di età ovvero quando cessi lo stato di inabilità al lavoro;
- ✓ per il genitore inabile al lavoro, quando cessi lo stato di inabilità ovvero quando consegua altra pensione;
- ✓ per la sorella o fratello inabile al lavoro, quando cessa lo stato di inabilità, ovvero contraggano matrimonio ovvero quando conseguano altra pensione;
- ✓ per i figli iscritti a corsi di studio universitari o superiori, al compimento del 26esimo anno di età.