



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - ASSISTENZA

Data

DOMANDA DI INDENNITÀ PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

Da inviare tramite raccomandata a/r o via e-mail pec a: assistenza@pec.cassaragionieri.it

N.B. In caso di impedimento del beneficiario, la domanda potrà essere presentata da un familiare

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA [] Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP [] [] [] [] []

Con studio in via/piazza

Comune Prov. CAP [] [] [] [] []

Telefono Cellulare Fax

E-mail E-mail PEC

CHIEDO

la corresponsione dell'indennità di inabilità temporanea totale a seguito di: INFORTUNIO MALATTIA

DICHIARO

- A di essere iscritto all'Associazione da tre anni antecedenti la data di insorgenza dello stato di inabilità;
B che continuerò ad essere iscritto all'Associazione per l'intera durata dello stato di inabilità;
C di non essere titolare di una pensione diretta a carico di altra forma di previdenza obbligatoria;
D di aver subito l'infortunio in data causato da:
a) incidente stradale;
b) incidente domestico;
c) incidente sul lavoro;
d) viaggi aerei turistici o di trasferimento in qualità di passeggero;
e) partecipazione a competizioni sportive a carattere amatoriale;
f) guida natanti/imbarcazioni ad uso non professionale;
g) guida macchine agricole ad uso non professionale;
h) guida mezzi locomozione aerei (compresi deltaplani e ultraleggeri (o subacquei)
i) altro (specificare)

Descrizione evento

E di essere affetto dalla seguente malattia
dal _____

F che l'evento infortunio / malattia **non è stato causato /a da comportamento doloso** del sottoscritto né da stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni

G di aver totalmente sospeso l'esercizio dell'attività professionale per il periodo di inabilità temporanea
dal _____ al _____
(L'indennità viene riconosciuta solo per i periodi di inabilità superiori a 40 giorni)

H di non aver potuto rispettare la scadenza per la presentazione della domanda di 60 (sessanta) giorni dall'inizio dello stato di inabilità (come attestato nel certificato medico allegato) per i seguenti motivi:

I Dichiaro altresì che il mio nucleo familiare si compone di:
(Per nucleo familiare si intende quello indicato dalle disposizioni dell'art. 1 della L. 13 maggio 1988 n. 153)

*	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

[*] Grado di parentela: **C**=coniuge; **F**=figlio; **A**=altro.

L Dichiaro infine che la media del reddito complessivo Irpef del nucleo familiare dei tre anni precedenti lo stato di inabilità è pari a
€ _____.

CHIEDO

il pagamento della indennità tramite accredito su conto corrente bancario o postale:

Cognome e Nome:

IBAN:
(Il conto corrente è intestato al solo richiedente)

BIC/SWIFT: (per accrediti su conti esteri)

Banca/Posta:

Agenzia:

Letta l’informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

Allego:

- 1) copia del certificato medico che attesti, in caso di malattia o infortunio, la totale e temporanea incapacità all’esercizio della professione, la data e la causa dell’insorgenza, l’anamnesi con l’indicazione della condizione di inabilità;
- 2) eventuali certificazioni mediche quali cartelle cliniche, referti di pronto soccorso, referti di controlli clinici e/o strumentali;
- 3) copia delle dichiarazioni dei redditi dei componenti il nucleo familiare conseguiti nei tre anni precedenti l’evento;
- 4) copia (fronte e retro) di un documento di identità in corso di validità.

La domanda deve essere presentata entro il 60° giorno dall’inizio dell’inabilità