CNPR

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 della L. 13 maggio 1988 n. 153 e successive modifiche[1])

*	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE

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

[1] Il nucleo familiare è composto dai coniugi, con esclusione del coniuge legalmente ed effettivamente separato, e dai figli ed equiparati, ai sensi dell'articolo 38 del decreto del Presidente della Repubblica 26 aprile 1957, n. 818, di età inferiore a 18 anni compiuti ovvero, senza limite di età, qualora si trovino, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro.

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