

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

Accordo: articoli da 11 a 16, 21 e 22

Da compilarsi a cura dell’Istituzione competente a cui è stata presentata la domanda, che ne trasmetterà un esemplare all’Istituzione competente dell’altra Parte contraente presso la quale il lavoratore dipendente o autonomo è stato assicurato

| | |
|-----|-----------------------------|
| 1 | Istituzione destinataria |
| 1.1 | Denominazione |
| 1.2 | Indirizzo |

A . Notizie riguardanti l’assicurato/pensionato deceduto

| | |
|------|--|
| 2 | |
| 2.1 | Cognome |
| 2.2 | Cognome di nascita |
| 2.3 | Nomi |
| 2.4 | Cognomi precedenti |
| 2.5 | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 2.6 | Cognome e nomi del padre |
| 2.7 | Cognome e nomi della madre |
| 2.8 | Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> sposato/a dal <input type="checkbox"/> vedovo/a dal..... <input type="checkbox"/> separato/a dal <input type="checkbox"/> divorziato/a dal <input type="checkbox"/> risposato/a dal |
| 2.9 | Cittadinanza |
| 2.10 | Numero di identificazione personale italiano (C. F.) Numero di identificazione personale nello Stato d’Israele |

| | |
|-----|---|
| 3 | Dati anagrafici dell'assicurato/pensionato deceduto |
| 3.1 | Data di nascita |
| 3.2 | Luogo di nascita |
| 3.3 | Provincia di nascita |
| 3.4 | Paese di nascita |

| | |
|-----|---|
| 4 | Ultimo indirizzo dell'assicurato/pensionato deceduto nel Paese di residenza |
| 4.1 | Via |
| 4.2 | Codice Postale |
| 4.3 | Città |
| 4.4 | Paese |

| | |
|-----|---|
| 5 | |
| 5.1 | Numero di assicurazione presso l'Istituzione mittente |
| 5.2 | Numero di identificazione presso l'Istituzione mittente |
| 5.3 | Numero di assicurazione presso l'Istituzione destinataria |
| 5.4 | Numero di identificazione presso l'Istituzione destinataria |

| | |
|-----|--|
| 6 | Notizie relative all'attività lavorativa e ai redditi dell'assicurato/pensionato |
| | Alla data del decesso |
| 6.1 | <input type="checkbox"/> L'assicurato esercitava ancora un'attività retribuita: <input type="checkbox"/> subordinata <input type="checkbox"/> autonoma |
| 6.2 | <input type="checkbox"/> L'assicurato non esercitava più un'attività retribuita: <input type="checkbox"/> subordinata <input type="checkbox"/> autonoma |

| | |
|-----|---|
| 7 | Informazioni concernenti la morte |
| 7.1 | Data e Luogo della morte |
| 7.2 | Si presume che la morte <input type="checkbox"/> sia stata <input type="checkbox"/> non sia stata conseguenza di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale |
| 7.3 | Si presume che la morte <input type="checkbox"/> sia stata <input type="checkbox"/> non sia stata causata da terzi |
| 7.4 | In caso di assenza : <input type="checkbox"/> data delle ultime notizie <input type="checkbox"/> data fissata dalla dichiarazione di morte presunta |

| | |
|-----|---|
| 8 | |
| 8.1 | Alla data del suo matrimonio, la persona deceduta <input type="checkbox"/> era <input type="checkbox"/> non era titolare di una pensione o rendita erogata in base al regime assicurativo dei lavoratori: <input type="checkbox"/> subordinati <input type="checkbox"/> autonomi |
| 8.2 | Alla data della morte , la persona deceduta <input type="checkbox"/> era <input type="checkbox"/> non era titolare di una pensione o rendita erogata in base al regime assicurativo dei lavoratori: <input type="checkbox"/> subordinati <input type="checkbox"/> autonomi In caso affermativo si indichi : |
| 8.3 | La natura della pensione o rendita |
| 8.4 | Il numero della pensione o rendita |
| 8.5 | L'Istituzione debitrice della prestazione |
| 8.6 | La data della decorrenza della prestazione |
| 8.7 | L'eventuale data di cessazione |

B . Notizie riguardanti i superstiti aventi diritto

| | | |
|------|--|--|
| 9 | <input type="checkbox"/> Vedovo/vedova | <input type="checkbox"/> Altri aventi diritto, esclusi i figli |
| 9.1 | Cognome | Cognome precedente |
| 9.2 | Nomi | sexso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 9.3 | Data di nascita | Luogo di nascita |
| 9.4 | Cittadinanza..... | |
| 9.5 | Indirizzo: Via | Codice postale |
| | Città | Paese |
| 9.6 | Data del matrimonio | |
| 9.7 | Data eventuale <input type="checkbox"/> della separazione | |
| | <input type="checkbox"/> del divorzio | |
| 9.8 | Data dell'eventuale nuovo matrimonio | |
| 9.9 | Cognome e nome del nuovo coniuge | |
| 9.10 | Rapporto di parentela e stato civile (da compilare in caso di altri aventi diritto esclusi i figli) | |

10

10.1 esercita non esercita un'attività subordinata

10.2 esercita non esercita un'attività autonoma

10.3 In caso affermativo, indicare l'importo del reddito annuo

10.4 La persona indicata al punto 9

10.5 era non era a carico dell'assicurato deceduto

10.6 è inabile non è inabile al lavoro

10.7 La persona indicata al punto 9:

beneficia di una pensione o rendita dal

non beneficia di pensione o rendita può avere diritto ad una pensione di reversibilità

In caso affermativo, indicare:

10.8 La natura della pensione o rendita

10.9 Il numero della pensione

10.10 L'importo alla data di presentazione della domanda

10.11 l'Istituzione debitrice:

denominazione

Indirizzo

10.12 La/il vedova/o ha non ha figli a carico

Per i quali percepisce assegni familiari o pensione per orfani si no

10.13 Istituzione debitrice:

denominazione

Indirizzo

10.14 Qualora la vedova fosse incinta, indicare la data presunta del parto

| | |
|---|---------------|
| 11 | Altri redditi |
| 11.1 Altri redditi del/la vedovo/a: natura..... | |
| Importo mensile importo annuo..... | |
| Anno di riferimento <input type="checkbox"/> nessun reddito | |
| 11.2 Altri redditi noti degli altri aventi diritto: natura..... | |
| Importo mensile importo annuo..... | |
| Anno di riferimento <input type="checkbox"/> nessun reddito | |

| | |
|--|------------------------|
| 12 | Informazioni sui figli |
| 12.1 | |
| 1) Cognome e nome | |
| Luogo e data di nascita Codice fiscale | |
| <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> decesso | |
| Figlio: <input type="checkbox"/> legittimo <input type="checkbox"/> legittimato <input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> naturale riconosciuto <input type="checkbox"/> adottivo | |
| <input type="checkbox"/> figlio dell'altro coniuge a carico dell'assicurato/pensionato deceduto | |
| 2) Cognome e nome | |
| Luogo e data di nascita Codice fiscale | |
| <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> decesso | |
| Figlio: <input type="checkbox"/> legittimo <input type="checkbox"/> legittimato <input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> naturale riconosciuto <input type="checkbox"/> adottivo | |
| <input type="checkbox"/> figlio dell'altro coniuge a carico dell'assicurato/pensionato deceduto | |
| 3) Cognome e nome | |
| Luogo e data di nascita Codice fiscale | |
| <input type="checkbox"/> matrimonio <input type="checkbox"/> decesso | |
| Figlio: <input type="checkbox"/> legittimo <input type="checkbox"/> legittimato <input type="checkbox"/> naturale <input type="checkbox"/> naturale riconosciuto <input type="checkbox"/> adottivo | |
| <input type="checkbox"/> figlio dell'altro coniuge a carico dell'assicurato/pensionato deceduto | |

4) Cognome e nome

Luogo e data di nascita Codice fiscale

matrimonio decesso

Figlio: legittimo legittimato naturale naturale riconosciuto adottivo

figlio dell'altro coniuge a carico dell'assicurato/pensionato deceduto

5) Cognome e nome

Luogo e data di nascita Codice fiscale

matrimonio decesso

Figlio: legittimo legittimato naturale naturale riconosciuto adottivo

figlio dell'altro coniuge a carico dell'assicurato/pensionato deceduto

12.2 L'istituzione mittente:

per i figli indicati nel riquadro n° concede prestazioni fino al

non concede prestazioni per i figli indicati nel riquadro n°

non ha ancora preso decisioni in merito al diritto alle prestazioni

12.3 Osservazioni:

.....

.....

C . Informazioni varie

13

13.1 Data di presentazione della presente domanda

13.2 Decorrenza della rendita/pensione nello Stato dell'Istituzione mittente

.....

Il richiedente ha chiesto il pagamento :

nello Stato di residenza

a un rappresentante (delegato) nello Stato di origine

| | |
|------|---|
| 14 | Informazioni sulle modalità di pagamento |
| 14.1 | Nome del beneficiario |
| 14.2 | Nome della banca |
| 14.3 | Indirizzo della banca |
| 14.4 | Via |
| 14.5 | Codice Postale |
| 14.6 | Città |
| 14.7 | Paese |
| 14.8 | Codice di identificazione della banca (BIC/SWIFT) |
| 14.9 | Codice IBAN |

| | |
|------|--|
| 15 | |
| 15.1 | L'Istituzione mittente: <input type="checkbox"/> corrisponde <input type="checkbox"/> non corrisponde prestazioni a titolo provvisorio |

| | |
|------|--|
| 16 | |
| 16.1 | <input type="checkbox"/> Si devono <input type="checkbox"/> non si devono effettuare trattenute per compensare somme pagate in eccesso. |
| 16.2 | Gli eventuali arretrati di pensione <input type="checkbox"/> possono <input type="checkbox"/> non possono essere pagate direttamente al beneficiario |
| 16.3 | <input type="checkbox"/> Gli eventuali arretrati vanno versati a questo Istituto presso la Banca Codice di identificazione della banca (BIC/SWIFT): Codice IBAN: |

17

17.1 Si allegano i seguenti formulari :

.....

17.2 Si prega di inviarci:

.....

OSSERVAZIONI:.....

.....
.....
.....
.....
.....

18

Istituzione che compila il formulario (Istituzione mittente)

18.1 Denominazione :.....

.....
.....

18.2 Indirizzo:

Via Codice postale

Città Paese

18.3 Timbro

18.4 Data

18.5 Firma

Se edito con procedura automatizzata, valido senza firma né timbro