ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE D’INVALIDITA’

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

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

3	Dati anagrafici
3.1	Data di nascita
3.2	Luogo di nascita
3.3	Provincia di nascita
3.4	Paese di nascita

4	Indirizzo nel Paese di residenza
4.1	Via
4.2	Codice Postale
4.3	Città
4.4	Paese

5	Informazioni sulle modalità di pagamento
5.1	Nome del beneficiario
5.2	Nome della banca
5.3	Indirizzo della banca
5.4	Via
5.5	Codice Postale
5.6	Città
5.7	Paese
5.8	Codice di identificazione della banca (BIC/SWIFT)
5.9	Codice IBAN

6

- 6.1 Numero di assicurazione presso l'Istituzione mittente
- 6.2 Numero di riferimento della pratica presso l'Istituzione mittente
- 6.3 Numero di riferimento presso l'Istituzione destinataria

7

Notizie relative all'invalidità, all'attività lavorativa e ai redditi

- 7.1 Data alla quale è stato fissato l'inizio dell'invalidità
- 7.2 Data d'inizio dell'inabilità al lavoro seguita da invalidità
- 7.3 L'assicurato:
- esercita non esercita un'attività subordinata
- un'attività autonoma
- Se esercita un'attività retribuita, si indichi:
- 7.4 l'importo della retribuzione annua
- 7.5 Se svolge un'attività autonoma, si indichi:
- la natura di tale attività
- l'importo del reddito professionale annuo
- 7.6 Data di cessazione dell'attività retribuita:
- da lavoratore subordinato da lavoratore autonomo
- Altri redditi noti:
- 7.7 importo annuo natura
- 7.8 Il richiedente dichiara di non avere redditi
- 7.9 Si presume che l'invalidità:
- sia non sia stata causata da terzi
- derivi non derivi da un infortunio sul lavoro o da malattia professionale
- derivi non derivi da un infortunio extra lavorativo
- 7.10 Al momento dell'inizio dell'inabilità al lavoro, il richiedente:
- era non era assicurato contro l'invalidità in qualità di lavoratore

7.11 Dall'inizio dell'invalidità l'interessato è stato sottoposto a riabilitazione professionale:

si no

7.12 In caso affermativo, per ottenere quale posto di lavoro (specificare):

.....

Datore di lavoro per conto del quale ha esercitato la nuova attività:

Nome o ragione sociale:.....

Indirizzo:.....

7.13 Data d'inizio e di cessazione dell'occupazione:

8 Notizie relative alle prestazioni			
8.1	L'assicurato	ha chiesto le prestazioni seguenti	beneficia delle prestazioni seguenti
8.2	Indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro	☐	☐
8.3	Pensione d'invalidità	☐	☐
8.4	Pensione di vecchiaia	☐	☐
8.5	Pensione ai superstiti	☐	☐
8.6	Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale	☐	☐
8.7	Prestazioni in caso di disoccupazione	☐	☐
8.8	Altre prestazioni (specificarne la natura)	☐ si	☐ no
			
			
			

8.9 Istituzioni debentric delle prestazioni indicate nei punti da 8.3 a 8.9

	Denominazione	Indirizzo
8...	_____	_____
8...	_____	_____
8...	_____	_____

8.10 Informazioni complementari sulle prestazioni indicate nei punti da 8.3 a 8.9

Numero riferimento prestazione	Periodo o decorrenza	Importo
8... _____	_____	☐ settimanale _____ ☐ mensile _____ ☐ annuo _____
8... _____	_____	☐ settimanale _____ ☐ mensile _____ ☐ annuo _____
8... _____	_____	☐ settimanale _____ ☐ mensile _____ ☐ annuo _____
8... _____	_____	☐ settimanale _____ ☐ mensile _____ ☐ annuo _____

8.11 L'Istituzione d' istruttoria concede un aumento della prestazione nella misura in cui il richiedente non è in grado di compiere le attività ordinarie della vita senza aiuto:

Si No non ancora definito

- In aggiunta alle prestazioni di cui al punto 8....., il richiedente percepisce una prestazione supplementare se non può compiere gli atti quotidiani della vita senza l'aiuto di un accompagnatore
- La prestazione supplementare può essere ridotta se una prestazione simile è concessa dall'Istituzione destinataria :

Si No non ancora definito

B . Notizie riguardanti i familiari dell'assicurato

9	Coniuge	
9.1	Cognome	Cognome precedente
9.2	Nomi	sexso ☐ M ☐ 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	Il coniuge ☐ esercita ☐ non esercita un' attività retribuita.	
9.8	in caso affermativo, indicare l'importo annuo della retribuzione/reddito:	
9.9	Il coniuge: ☐ non è titolare di una pensione o rendita ☐ ha presentato una domanda di pensione del regime dei lavoratori ☐ subordinati ☐ autonomi ☐ è titolare di una pensione o rendita del regime dei lavoratori ☐ subordinati ☐ autonomi	
	In caso affermativo, indicare:	
9.10	il tipo di pensione	
9.11	il numero della pensione	
9.12	l'Istituzione debitrice	
9.13	l'importo mensile	annuo
9.14	il coniuge ☐ beneficia ☐ non beneficia di altre prestazioni sociali: ☐ disoccupazione ☐ malattia ☐ invalidità ☐ altre (specificarne la natura)	

	
9.15	la data di inizio
9.16	l'importo mensile annuo
9.17	altri redditi noti: (specificarne la natura)
	importo mensileannuo.....

C . Informazioni varie

10	
10.1	Data di presentazione della presente domanda
10.2	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

11	Informazioni sulle modalità di pagamento
11.1	Nome del beneficiario
11.2	Nome della banca
11.3	Indirizzo della banca
11.4	Via
11.5	Codice Postale
11.6	Città
11.7	Paese
11.8	Codice di identificazione della banca (BIC/SWIFT)
11.9	Codice IBAN

12

12.1 l'Istituzione mittente corrisponde non corrisponde prestazioni a titolo provvisorio

13

13.1 Si devono non si devono effettuare trattenute per compensare somme pagate in eccesso.

13.2 Gli eventuali arretrati di pensione possono non possono essere pagati direttamente al beneficiario

13.3 Gli eventuali arretrati vanno versati a questo Istituto presso la Banca
Codice di identificazione della banca (BIC/SWIFT):
Codice IBAN:

14

14.1 Si allegano i seguenti formulari :

-
-
-

14.2 Si prega di inviarci:

-
-
-

OSSERVAZIONI:.....
.....
.....
.....
.....

15	Istituzione che compila il formulario (Istituzione mittente)
15.1	Denominazione :.....
15.2	Indirizzo: Via Codice postale Città Paese
15.3	Timbro
15.4	Data
15.4	Firma

Se edito con procedura automatizzata, valido senza firma né timbro