

ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

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 Via Codice postale Città Paese

A . Notizie riguardanti l'assicurato

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

- 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'attività lavorativa e ai redditi

- 7.1 L'assicurato esercita ancora un'attività retribuita:
 subordinata autonoma
- 7.2 L'assicurato non esercita più un'attività retribuita:
 subordinata autonoma
- 7.3 L'assicurato intende cessare l'esercizio di un'attività retribuita:
 subordinata autonoma il
- 7.4 L'assicurato intende esercitare un'attività:
 subordinata autonoma
- 7.5 Importo della retribuzione del reddito professionale degli altri redditi annuo
- 7.6 Natura degli altri redditi
- 7.7 Il richiedente dichiara di non avere redditi

8

Notizie relative alle prestazioni

- | 8.1 | L'assicurato | ha chiesto le prestazioni seguenti | beneficia delle prestazioni seguenti |
|-----|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 8.2 | Pagamento della retribuzione in caso di malattia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3 | Indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4 | Pensione d'invalidità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5 | Pensione di vecchiaia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8.6	Pensione ai superstiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Indennità di disoccupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.9	Altre prestazioni (specificarne la natura)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
.....			
.....			
.....			
8.10	Istituzioni debitrici delle prestazioni indicate nei punti da 8.3 a 8.9		
	Denominazione	Indirizzo	
ad 8....	_____	_____	
ad 8....	_____	_____	
ad 8....	_____	_____	
8.11	Informazioni complementari sulle prestazioni indicate nei punti da 8.3 a 8.9		
	Numero riferimento prestazione	Periodo o decorrenza	Importo
8...	_____	<input type="checkbox"/> settimanale _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> mensile _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> annuo _____	_____
8...	_____	<input type="checkbox"/> settimanale _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> mensile _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> annuo _____	_____
8...	_____	<input type="checkbox"/> settimanale _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> mensile _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> annuo _____	_____
8...	_____	<input type="checkbox"/> settimanale _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> mensile _____	_____
	_____	<input type="checkbox"/> annuo _____	_____

9

9.1 Il richiedente dichiara:

- di essere invalido in misura non inferiore all'80% (fascicolo medico allegato)

di non essere invalido in misura pari o superiore all'80%

B . Notizie riguardanti i familiari dell'assicurato

10 Coniuge

10.1	Cognome	Cognome precedente
.....	
10.2	Nomi	sesso <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
10.3	Data di nascita	Luogo di nascita
10.4	Cittadinanza.....	
10.5	Indirizzo: Via	Codice postale
	Città	Paese
10.6	Data del matrimonio	
10.7	Il coniuge <input type="checkbox"/> esercita <input type="checkbox"/> non esercita un' attività retribuita.	
10.8	in caso affermativo, indicare l'importo annuo della retribuzione/reddito:	
10.9	Il coniuge: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> non è titolare di una pensione o rendita<input type="checkbox"/> ha presentato una domanda di pensione del regime dei lavoratori<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> subordinati <input type="checkbox"/> autonomi<input type="checkbox"/> è titolare di una pensione o rendita del regime dei lavoratori<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> subordinati <input type="checkbox"/> autonomi	
	In caso affermativo, indicare:	
10.10	il tipo di pensione	
10.11	il numero della pensione	
10.12	l'Istituzione debitrice	
10.13	l'importo mensile annuo	
10.14	il coniuge <input type="checkbox"/> beneficia <input type="checkbox"/> non beneficia di altre prestazioni sociali: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> disoccupazione <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> invalidità <input type="checkbox"/> altre (specificarne la natura)	

-
- 10.15 la data di inizio
- 10.16 l'importo mensile annuo
- 10.17 altri redditi noti : (specificarne la natura)
- importo mensileannuo.....

C . Informazioni varie

11

- 11.1 Data di presentazione della presente domanda
- 11.2 Data scelta dal richiedente per la decorrenza della pensione.....
- 11.3 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

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

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

15.5 Firma

Se edito con procedura automatizzata, valido senza firma né timbro