

**ATTESTATO CONCERNENTE LA CARRIERA ASSICURATIVA IN ITALIA
DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI**

Accordo: articoli da 11 a 16, 21 e 22

1	Istituzione destinataria
1.1	Denominazione
1.2	Indirizzo: Via Codice postale..... Città..... Stato.....

A. Notizie riguardanti l'assicurato

2	Generalità
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

3	
3.1	Cittadinanza

4 Dati anagrafici

- 4.1 Data di nascita
- 4.2 Luogo di nascita
- 4.3 Provincia di nascita
- 4.4 Paese di nascita

5 Indirizzo nel Paese di residenza

- 5.1 Via
- 5.2 Codice Postale
- 5.3 Città
- 5.4 Paese

6

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

B. Sezione anagrafica relativa ai dati del superstite avente diritto

7 Dati anagrafici del superstite avente diritto

- 7.1 Cognome
- 7.2 Nome
- 7.3 Cognome di nascita
- 7.4 Luogo di nascita
- 7.5 Data di nascita

7.6 Sesso □ M □ F

7.7 Cittadinanza

7.8 Indirizzo:

Via Codice postale

Città..... Stato.....

9

9.1 Durata complessiva dei periodi assicurativi nei regimi di sicurezza sociale per i lavoratori autonomi equiparati:

- periodi da prendere in considerazione unicamente per l'acquisizione del diritto alle prestazioni:

ATT. SUBORDINATA: SETT.: MESI:

ATT. AUTONOMA: SETT.: MESI:

- periodi da prendere in considerazione unicamente per la misura delle prestazioni:

ATT. SUBORDINATA: SETT.: MESI:

ATT. AUTONOMA: SETT.: MESI:

- periodi da prendere in considerazione per l'acquisizione del diritto e per la misura delle prestazioni

ATT. SUBORDINATA: SETT.: MESI:

ATT. AUTONOMA: SETT.: MESI:

9.2 Osservazioni:

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

10

Periodi di assicurazione inferiori ad un anno

L'assicurato che comprovi un periodo di assicurazione inferiore ad un anno

può beneficiare

non può beneficiare

di una pensione ai sensi della legislazione nazionale (articolo 20 dell'Accordo).

11 Istituzione che compila il formulario

11.1 Denominazione :.....
.....
.....

11.2 Indirizzo:

Via Codice postale

Città Paese

11.3 Timbro

11.4 Data

11.5 Firma

Se edito con procedura automatizzata, valido senza firma né timbro