

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 debitrice 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	_____

9	
9.1	Il richiedente dichiara: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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	sexso <input type="checkbox"/> M <input 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: <input type="checkbox"/> non è titolare di una pensione o rendita <input type="checkbox"/> ha presentato una domanda di pensione del regime dei lavoratori <input type="checkbox"/> subordinati <input type="checkbox"/> autonomi <input type="checkbox"/> è titolare di una pensione o rendita del regime dei lavoratori <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: <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	<p>11.1 Data di presentazione della presente domanda</p> <p>11.2 Data scelta dal richiedente per la decorrenza della pensione.....</p> <p>11.3 Decorrenza della rendita/pensione nello Stato dell'Istituzione mittente </p> <p>Il richiedente ha chiesto il pagamento :</p> <p><input type="checkbox"/> nello Stato di residenza</p> <p><input type="checkbox"/> a un rappresentante (delegato) nello Stato di origine</p>
----	--

12	<p>12.1 l'Istituzione mittente <input type="checkbox"/> corrisponde <input type="checkbox"/> non corrisponde prestazioni a titolo provvisorio</p>
----	---

13	<p>13.1 <input type="checkbox"/> Si devono <input type="checkbox"/> non si devono effettuare trattenute per compensare somme pagate in eccesso.</p> <p>13.2 Gli eventuali arretrati di pensione <input type="checkbox"/> possono <input type="checkbox"/> non possono essere pagati direttamente al beneficiario</p> <p>13.3 <input type="checkbox"/> Gli eventuali arretrati vanno versati a questo Istituto presso la Banca </p>
----	--

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