

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