

**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 <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 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Pensione d'invalidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Pensione di vecchiaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Pensione ai superstiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Prestazioni in caso di disoccupazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Altre prestazioni (specificarne la natura)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> 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... _____	_____	<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 _____

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 <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	Il coniuge <input type="checkbox"/> esercita <input type="checkbox"/> non esercita un' attività retribuita.	
9.8	in caso affermativo, indicare l'importo annuo della retribuzione/reddito: .....	
9.9	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:	
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 <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)	

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

**C . Informazioni varie**

10	<p>10.1 Data di presentazione della presente domanda .....</p> <p>10.2 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>
----	--

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

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**