

**CONVENZIONE DI SICUREZZA SOCIALE ITALIA – CROAZIA**  
TALIJANSKO-HRVATSKI UGOVOR O SOCHALNOM OSIGURANJU

**ISTRUTTORIA DI UNA DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA /ANZIANITA'**

Convenzione: articoli da 18 a 21

Accordo amministrativo: articolo 16

*Da compilarsi a cura dell'istituzione d'istruttoria, che ne trasmetterà un esemplare a ciascuna delle istituzioni presso le quali il lavoratore dipendente o autonomo è stato assicurato (istituzioni in causa) oppure all'organismo di collegamento.*

**1 Istituzione destinataria (istituzione in causa o organismo di collegamento)**

1.1 Denominazione

.....

1.2 Indirizzo

.....

**A. Notizie concernenti l'assicurato**

2

2.1 Cognome .....

2.2 Cognome di nascita .....

2.3 Nomi .....

2.4 Cognomi precedenti .....

2.5 Sesso    M                    F

2.6 Cognome e nomi del padre .....

2.7 Cognome e nomi della madre .....

2.8 Stato civile

celibe/nubile    sposato/a dal .....    vedovo/a dal.....  
     separato/a dal .....    divorziato/a dal .....    risposato/a dal .....

2.9 Codice fiscale in Italia .....

Codice fiscale in Croazia .....

3 Cittadinanza .....

cittadinanza alla data del 3 aprile 1978 .....

4 Dati anagrafici

4.1 Data di nascita .....

4.2 Località .....

4.3 Provincia o dipartimento .....

4.4 Paese .....

5 Indirizzo e coordinate bancarie

5

5.1 Indirizzo .....

.....  
.....

5.2 Coordinate bancarie o indirizzo per pagamento diretto:

Nome del beneficiario .....

.....

Nome della banca .....

Indirizzo della banca .....

.....

Codice di identificazione della banca .....

Numero di conto .....

6

6.1 Numero di matricola presso l'istituzione d'istruttoria .....

6.2 Numero di riferimento presso l'istituzione d'istruttoria .....

7

7.1  L'assicurato esercita ancora un'attività retribuita :  subordinata  autonoma

che comporta l'affiliazione obbligatoria  
all'assicurazione pensioni

7.2  L'assicurato non esercita più un'attività retribuita:

subordinata  autonoma dal .....

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 (precisare la natura)  
.....

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.

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 Assegni familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.10 Altre prestazioni (specificare)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
.....		
.....		
.....		

## 8.11 Istituzioni debitrici delle prestazioni comprese da 8.3 a 8.10

Denominazione	Indirizzo
ad 8. _____	_____
ad 8. _____	_____
ad 8. _____	_____

## 8.12 Informazioni complementari sulle prestazioni indicate da 8.3 a 8.10

Numero riferimento prestazione	Periodo o decorrenza	Importo
ad 8. _____	_____	<input type="checkbox"/> settimanale ..... <input type="checkbox"/> mensile ..... <input type="checkbox"/> annuo .....
ad 8. _____	_____	<input type="checkbox"/> settimanale ..... <input type="checkbox"/> mensile ..... <input type="checkbox"/> annuo .....
ad 8. _____	_____	<input type="checkbox"/> settimanale ..... <input type="checkbox"/> mensile ..... <input type="checkbox"/> annuo .....
ad 8. _____	_____	<input type="checkbox"/> settimanale ..... <input type="checkbox"/> mensile ..... <input type="checkbox"/> annuo .....

## 9 Informazioni supplementari per l'applicazione di disposizioni in materia di sovrapposizioni di prestazioni

9.1 Quando l'istituzione o le istituzioni interessate erogano più prestazioni dello stesso tipo, la pensione calcolata dall'istituzione istruttoria può essere ridotta

si                     no                     non ancora definito

9.2 La pensione calcolata dall'Istituzione d'istruttoria può essere ridotta:

- si                     no                     non ancora definito
- perché si tiene conto di una o più fra le prestazioni di cui al punto 9:  
9..... 9..... 9..... 9.....
  - per via di redditi diversi dalle prestazioni di cui al punto 9:
    - reddito da lavoro dipendente o autonomo
    - altro .....

## 10. Il richiedente

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

#### **B. Notizie riguardanti i familiari dell'assicurato**

11 □ Coniuge

11.1 Cognome cognome precedente

11.2 Nomi ..... sesso .....

11.3 Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

## 11.4 Cittadinanza cittadinanza al 3 aprile 1978

## 11.5 Indirizzo .....

## 11.6 Data del matrimonio .....

11.7 Il coniuge  esercita  non esercita un'attività retribuita

11.8 In caso affermativo, indicare l'importo annuo dei redditi .....

### 11.9 il coniuge :

- ha presentato una domanda di pensione del regime dei :  lavoratori subordinati  
 è titolare di una pensione o rendita del regime dei:  lavoratori autonomi  
 non è titolare di una pensione o rendita

**In caso affermativo**, indicare:

#### **11.10 Il tipo di pensione**

11.11 Il numero della pensione .....

#### 11.12 L'istituzione debitrice

11.13 L'importo mensile ..... annuo .....

beneficia  non beneficia di altre prestazioni sociali

11.15 Dato di inizio:

## 11.13 Data di inizio .....

11.16 Importo mensile ..... annuo .....

11.17 Altri redditi noti: Natura .....

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

**C. Informazioni varie:**

12

- 12.1 Data di inoltro della presente domanda: .....
- 12.2 Data di decorrenza della rendita/ pensione scelta dal richiedente nello Stato contraente .....
- 12.3 Data di decorrenza della pensione o rendita .....
- 12.4 Data di decorrenza della pensione/ rendita nel paese dell'istituzione d'istruttoria.....  
Il richiedente ha chiesto il pagamento:  
 nello Stato di residenza  
 ad un rappresentante (delegato) nello Stato d'origine

13 L'istituzione d'istruttoria  corrisponde  non corrisponde prestazioni a titolo provvisorio

- 14  Si devono  Non si devono effettuare trattenute per compensare somme pagate in eccesso  
14.1 Gli eventuali arretrati di pensione  possono  non possono essere pagati direttamente beneficiario  
 gli eventuali arretrati vanno versati a questo Istituto presso la banca
- .....  
.....  
.....

- 15 Sono allegati i seguenti formulari .....,  
Si prega di inviarci :
- .....  
.....  
.....

OSSERVAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16 Istituzione d'istruttoria

- 16.1 Denominazione: .....  
.....
- 16.2 Indirizzo: .....  
.....
- 16.3 Timbro
- 16.4 Data .....
- 16.5 Firma .....