

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 <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	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
---	---------------------------------

5.1	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"/> sì | <input type="checkbox"/> no |
| | | |
| | | |
| | | |

8.11 Istituzioni debentrici 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 l'istruttoria può essere ridotta

☐ sì ☐ no ☐ non ancora definito

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

☐ sì ☐ 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
<input type="checkbox"/> dichiara di essere invalido in misura non inferiore all'80% (fascicolo medico allegato) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> esercita <input type="checkbox"/> non esercita un'attività retribuita
11.8	In caso affermativo, indicare l'importo annuo dei redditi	.....
11.9	il coniuge :	<input type="checkbox"/> ha presentato una domanda di pensione del regime dei : <input type="checkbox"/> lavoratori subordinati <input type="checkbox"/> è titolare di una pensione o rendita del regime dei: <input type="checkbox"/> lavoratori autonomi <input type="checkbox"/> 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
11.14	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 (specificare)
11.15	Data di inizio	.....
11.16	Importo mensile	..... annuo
11.17	Altri redditi noti:	Natura
	Importo mensile	..... annuo

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