

Ufficio Assistenza agli Iscritti
Via di Porta Lavernale 12-00153 Roma
protocollo@pec.enpab.it; info@enpab.it
Il presente modulo deve essere inviato all'Ente
scegliendo una delle seguenti modalità:
PEC; Racc. A/R

DOMANDA DI PENSIONE INDIRETTA IN TOTALIZZAZIONE (ai sensi del Dlgs. n. 42 del 2 febbraio 2006)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
Prov. _____ il ____/____/____ Codice fiscale _____
Residente in _____ Prov. _____ Via/Piazza _____
n. _____ CAP _____ telefono/cellulare _____ e-mail _____
_____ pec _____ in qualità di¹ _____
_____ chiede la liquidazione della pensione indiretta.

A tal fine consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità DICHIARA ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 che:

1. il/la Biologo/a _____ Matricola ENPAB _____ nato/a a _____
_____ il ____/____/____ è deceduto/a il ____/____/____ a _____
2. di aver contratto matrimonio con il de cuius a _____ il ____/____/____
3. che lo stato di famiglia al momento del decesso era così composto:

	Cognome e Nome	Rapporto parentela	Data di nascita	Codice fiscale
1				
2				
3				
4				
5				

5. i superstiti a carico del de cuius aventi diritto a pensione sono i seguenti

¹ riportare la qualifica di: coniuge - coniuge separato - coniuge divorziato - tutore del - figlio maggiorenne studente a carico - figlio inabile - nipote minore a carico - genitore inabile a carico - fratello celibe inabile a carico - sorella nubile inabile a carico.

	Cognome e Nome	Grado di parentela	Data di nascita	Codice fiscale	Stato civile	Reddito complessivo netto dell'anno precedente a decesso
1						
2						
3						
4						
5						

6. i figli di età compresa tra i 18 e i 21 anni che frequentano scuole medie superiori sono:

	Cognome e Nome	Data di nascita	Anno Scolastico	Scuola/Istituto
1				
2				
3				
4				

7. i figli di età compresa tra i 21 e 26 anni che frequentano i corsi di studio sono i seguenti:

	Cognome Nome	Corso Frequentato	Durata corso	Anno di prima immatricolazione	Anno Frequenza
1					
2					
3					
4					
5					

8. barrare la voce che interessa:

- non è stata pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi;
- è stata pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi (allegare copia sentenza);
- non è intervenuta sentenza di divorzio;
- è intervenuta sentenza di divorzio (allegare copia sentenza);
- il coniuge non ha contratto nuove nozze.
- di aver rinunciato all'eredità dell'iscritto/a. (allegare atto di rinuncia rilasciato dal Tribunale di competenza)
- di NON aver rinunciato all'eredità dell'iscritto/a

Data _____

Firma _____

- Il/La sottoscritto/a autorizza espressamente l'Enpab , ai sensi degli articoli 1241 e seguenti del codice civile a compensare il credito maturato per contribuzione versata in eccedenza con eventuali debiti maturati a titolo di interessi di mora e sanzioni.

Data ____/____/____

Firma _____

ULTERIORI INFORMAZIONI RICHIESTE DALL'INPS:

A) Ufficio pagatore -

CHIEDO il pagamento della pensione presso:

A_1) Banca Ufficio Postale

Agenzia _____ indirizzo _____

codice IBAN bancario

Paese	Check	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

A_2) con le seguenti modalità:

- riscossione allo sportello
- assegno circolare
- accredito su c/c nominativo
- libretto a risparmio nominativo
- carta prepagata

In caso di modalità di pagamento con accredito su c/c nominativo, libretto a risparmio nominativo o carta prepagata, è necessario presentare il modello **AP03** (pagamento presso Banca) **AP04** (pagamento presso Posta) convalidato dall'Ufficio Pagatore reperibili sul sito www.inps.it

A_3) Se viene richiesta la delega alla riscossione della pensione, compilare il mod. **AP14** scaricabile dal sito www.inps.it

B) CARRIERA ASSICURATIVA DEL DE CUIUS

Ente	Tipo contribuzione	dal	al

B_1) PERIODI DI LAVORO SVOLTI ALL'ESTERO

Stato	dal	al	Cassa Estera

B_2) Richiesta di accredito figurativo (servizio militare, disoccupazione, maternità/astensione facoltativa, astensione al di fuori rapporto di lavoro, malattia/ infortunio, malattia specifica, cig, congedi parentali, carica pubblica elettiva/sindacale presentata il _____ presso _____ per il periodo (dal/al) _____

B_3) Domanda di riscatto (corso legale di laurea, riscatto ex art. 13 L. 1338/62 lavoro estero, astensione facoltativa, riscatto gestione speciale) presentata il _____ presso _____ per il periodo (dal/al) _____

B_4) Domanda di ricongiunzione presentata il _____ presso _____

B_5) Domanda di restituzione dei contributi presentata presso _____ il _____

C) Richiesta detrazioni d'imposta.

SI **NO**

SI **NO**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per redditi da pensione |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 50% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età inferiore ai tre anni |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati portatori di handicap |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per n. _____ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Per i residenti nella regione Veneto: aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto sono disabile o ho a carico fiscalmente un disabile e possiedo un reddito non superiore a 45.000,00 euro (legge regionale 26 novembre 2005, n. 19). Per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n.104. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Per i residenti nella regione Lombardia: aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto possiedo un reddito annuo derivante esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili, non superiore a 10.329,14 euro (legge regionale 14 luglio 2003, n. 10) |

D) Scelta del patronato (facoltativo)

DELEGO il patronato _____ con codice _____, presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art.47 del c.c. a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla domanda di pensione, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001 n. 152. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Firma _____

E) Delega per la riscossione delle quote sindacali (facoltativo)

AUTORIZZO l'INPS, ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sulle rate mensili della pensione, compresa la tredicesima mensilità, al netto dei trattamenti di famiglia, le quote previste. L'importo di tale trattenuta deve essere versato quale quota di contributo al Sindacato. ACCETTO che la presente delega si intenda tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca che produrrà i suoi effetti dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta alla sede INPS che ha in carico la pensione.

Firma _____

Dichiaro che tutte le informazioni fornite con questa domanda sono veritiere e mi impegno a comunicare, entro trenta giorni, qualsiasi variazione.

Data _____

Firma _____

Allego alla presente:

- ❖ **copia del documento di riconoscimento in corso di validità;**
- ❖ **certificato di morte dell'iscritto/a;**
- ❖ **stato di famiglia al giorno della morte dell'iscritto/a;**
- ❖ **estratto riassuntivo di atto di matrimonio;**
- ❖ **dichiarazione con la quale il /la richiedente e gli altri superstiti attestano che non esistono altri aventi titolo alla pensione ai superstiti;**
- ❖ **nel caso di figli maggiorenni dediti agli studi, inviare certificato di iscrizione all'università nei limiti della loro durata minima legale, certificato che va ripetuto annualmente.**

Letta l'informativa ex D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, il sottoscritto rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03, ha provveduto all'adeguamento privacy. Il/La sottoscritto/a, reso/a edotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso la somministrazione dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento dei suoi dati e autorizza tutti gli Enti interessati a utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso.

Data ___/___/___

Firma _____

NOTE ESPLICATIVE

La pensione indiretta in totalizzazione può essere richiesta dai superstiti degli iscritti per i decessi avvenuti successivamente all'entrata in vigore del Dlgs n. 42 del 2 febbraio 2006, in presenza di contribuzioni non coincidenti presso diverse gestioni. Il diritto alla prestazione è conseguito in base ai requisiti richiesti nella gestione dove il de cuius era iscritto al momento del decesso (nel caso del biologo iscritto all'Enpab si consultino gli artt. 23 e seguenti del Regolamento di disciplina delle funzioni di previdenza) presso la quale i superstiti devono presentare istanza. La pensione indiretta in totalizzazione viene sempre erogata dall'INPS.



Via Di Porta Lavernale,12
Tel: 06/45547011 Fax: 06/45547036
e-mail assistenza@enpab.it
pec:assistenza@pec.enpab.it
www.enpab.it

DOMANDA PER QUOTA DI PENSIONE PER FIGLI MAGGIORENNI INABILI

(da compilare solo se ricorre l'ipotesi)

Il/La sottoscritto/a nato/a
.....Prov. il/...../..... residente in
.....Prov.....Via/Piazza.....
.....n..... CAPTelefono Codice
Fiscale..... in qualità
di.....E-mail pec.....figlio/a del Biologo/a
..... deceduto il
.....

Chiede

che sia concessa la quota di pensione. A tal fine consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità **DICHIARA** ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000:

- di essere inabile a proficuo lavoro e allega documentazione medica attestante l'inabilità al 100% alla data del decesso del genitore;
- che al momento del decesso del professionista era a carico dello stesso e non prestava attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;
- che il proprio reddito alla data del decesso del genitore era di Euro.....
(indicare importo in cifre)
- di non prestare attualmente attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato.

Il/La sottoscritto/a si impegna nei confronti di codesto Ente a comunicare immediatamente, l'eventuale inizio di una attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato.

Chiede che:

le quote di pensione siano liquidate:

1) sul c/c bancario (o postale) intestato (o cointestato)
a.....presso l'istituto di
credito.....alle seguenti coordinate:

Paese		Check		Cin	ABI					CAB					N. CONTO															

2) il/la sottoscritto/a autorizza espressamente l'Enpab, ai sensi degli articoli 1241 e seguenti del codice civile a compensare il credito maturato per contribuzione versata in eccedenza con eventuali debiti maturati a titolo di interessi di mora e sanzioni;

Letta l'informativa ex D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Data..... Firma.....

Il/la sottoscritto/a approva specificatamente le clausole riportate al punti 2 della presente domanda.

Data..... Firma.....

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03, ha provveduto all'adeguamento Privacy. Il/La sottoscritto/a, reso/a edotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso la somministrazione dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento dei suoi dati.

Data..... Firma.....

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta d'identità di tutti gli eredi)



Via Di Porta Lavernale,12
 Tel: 06/45547011 Fax: 06/45547036
 e-mail assistenza@enpab.it
 pec:assistenza@pec.enpab.it
 www.enpab.it

DOMANDA PER QUOTA DI PENSIONE AI FIGLI MAGGIORENNI STUDENTI (da compilare solo se ricorre l'ipotesi)

Il/La sottoscritto/a nato/a
Prov. il/...../..... residente in
 Prov.Via/Piazza
n.....
CAP.....Telefono.....Codice Fiscale
in qualità di.....E-mail
 pec figlio/a del Biologo/a
 deceduto il

CHIEDE

che sia concessa la quota di pensione, A tal fine consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità **DICHIARA** ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 che:

Anno Scolastico/Accademico	Istituto/Università	Classe/Anno

- o che al momento del decesso del professionista era a carico dello stesso e non prestava attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;
- o che il proprio reddito alla data del decesso del genitore era di Euro.....(indicare l'importo in cifre)

di non prestare attualmente attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato.

Il/La sottoscritto/asi impegna nei confronti di codesto Ente:

- o a trasmettere, entro il 30 settembre di ogni anno, dichiarazione sostitutiva di certificazione, attestante l'avvenuta l' iscrizione all'Università con indicazione dell'anno accademico, del corso di studi seguito e della sua durata
- o a comunicare immediatamente, l'eventuale inizio di una attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;
- o a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire, essendo a conoscenza che la mancata segnalazione delle situazioni sopra indicate, comporterà la decadenza dai benefici conseguiti

Data..... Firma.....

CHIEDE

che le quote di pensione e gli eventuali arretrati siano liquidati:

1) sul c/c bancario (o postale) intestato (o cointestato) a..... presso l'istituto di credito..... alle seguenti coordinate bancarie:

Paese	Check	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

2) il/la sottoscritto/a autorizza espressamente l'Enpab, ai sensi degli articoli 1241 e seguenti del codice civile a compensare il credito maturato per contribuzione versata in eccedenza con eventuali debiti maturati a titolo di interessi di mora e sanzioni;

Letta l'informativa ex D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Data..... Firma.....

Il/la sottoscritto/a approva specificatamente le clausole riportate al punti 2 della presente domanda.

Data..... Firma.....

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03, ha provveduto all'adeguamento Privacy. Il/La sottoscritto/a, reso/a edotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso la somministrazione dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento dei suoi dati.

Data..... Firma.....

Allegare copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta d'identità di tutti gli eredi)