





Domanda di pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 1/7

Questi moduli vanno utilizzati da tutti gli eredi di un pensionato, in assenza del coniuge. Se esistono più eredi le quote spettanti a ciascuno possono essere riscosse da un solo rappresentante con delega o da ogni erede separatamente.

ALLA SEDE DI

DATI DEL RICHIEDENTE

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NUMERO

RILASCIATO DA IN DATA

CHIEDO IL PAGAMENTO DELLE RATE DI PENSIONE MATURATE E NON RISCOSSE IN QUANTO EREDE DI:

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

DATA DELLA MORTE CAT. E N°. PENSIONE

DICHIARO

- di aver diritto all'intera somma in quanto non esistono altri eredi
- di aver diritto ad una quota di eredità pari al in quanto esistono altri eredi
- che il pensionato non ha lasciato testamento
- che il testamento presentato è l'ultimo redatto e non è stato impugnato (presentare testamento)



Pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 2/7

DICHIARO CHE LE SEGUENTI PERSONE HANNO DIRITTO AD UNA QUOTA DI EREDITÀ:

<input type="radio"/> NOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/> COGNOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="radio"/> A	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PROV.	<input type="text"/>
<input type="radio"/> STATO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		

<input type="radio"/> NOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/> COGNOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="radio"/> A	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PROV.	<input type="text"/>
<input type="radio"/> STATO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		

<input type="radio"/> NOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/> COGNOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="radio"/> A	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PROV.	<input type="text"/>
<input type="radio"/> STATO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		

<input type="radio"/> NOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/> COGNOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="radio"/> NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="radio"/> A	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PROV.	<input type="text"/>
<input type="radio"/> STATO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		

Dichiaro che oltre le persone sopraindicate esiste un altro coniuge divorziato



Pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 3/7

Dati del coerede

da compilare solo in caso di richiesta individuale della liquidazione dei ratei maturati e non riscossi

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> STATO <input type="text"/>
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> STATO <input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP <input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>
RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DEFUNTO	<input type="text"/>		

Dichiaro di aver diritto ad una quota pari al _____ % dell'eredità del pensionato e chiedo il pagamento delle rate maturate e non riscosse.

Data _____

Firma _____

● Delega per una riscossione unica

Dati del delegante

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> STATO <input type="text"/>
RELAZIONE DI PARENTELA CON IL DEFUNTO	<input type="text"/>		

- Delego la persona indicata di seguito a riscuotere in mio nome quanto spetta in relazione alle rate di pensione maturate e non riscosse.
Esonero l'Inps e l'ufficio bancario o postale da ogni responsabilità a riguardo.

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/> STATO <input type="text"/>

Data _____

Firma _____



Pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 4/7

Autenticazione delle firme apposte sulle deleghe alla riscossione

● DATI DEL FUNZIONARIO

nome cognome
qualifica

● ATTESTO CHE

Il dichiarante sig. Documento n.

Il teste sig. Documento n.

Il teste sig. Documento n.

Il dichiarante sig. Documento n.

Il teste sig. Documento n.

Il teste sig. Documento n.

Il dichiarante sig. Documento n.

Il teste sig. Documento n.

Il teste sig. Documento n.

Hanno sottoscritto davanti a me la dichiarazione di responsabilità e/o le deleghe alla riscossione e che sono stati da me ammoniti sulla responsabilità penale cui andranno in conto in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto o di documento d'identità personale falso o contenente dati non più veri.

Data

Il funzionario



Pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 5/7

Richiesta di pagamento presso banca

● CHIEDO IL PAGAMENTO

Barrare la casella corrispondente

- ALLO SPORTELLO
- CON ASSEGNO CIRCOLARE
- SUL MIO CONTO CORRENTE BANCARIO NOMINATIVO

- Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario nominativo o su libretto risparmio nominativo, la banca deve compilare la parte sottostante.

data _____

timbro della banca

firma del funzionario _____

- SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO

(indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)

data _____

timbro della banca

firma del funzionario _____

- SU CARTA PREPAGATA

(solo per Banca Intesa nelle città di Bolzano, Cagliari, Imperia, Pavia, Pomezia, Potenza, Salerno, Vigevano).

data _____

timbro della banca

firma del funzionario _____



Pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 6/7



Richiesta di pagamento presso Poste Italiane

UFFICIO POSTALE DI N.
 INDIRIZZO
 CAP CITTA'
 CODICE ABI CODICE CAB/FRAZIONARIO

(i codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)

● CHIEDO IL PAGAMENTO

Barrare la casella corrispondente

ALLO SPORTELLO

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo o su conto corrente nominativo, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.

data _____

timbro d'ufficio postale

firma del funzionario _____

SUL MIO CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO

CODICE IBAN CODICE BIC

data _____

timbro d'ufficio postale

firma del funzionario _____



Pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 7/7

Elenco documenti allegati

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia di un documento di identità | <input type="checkbox"/> Foglio matricolare |
| <input type="checkbox"/> Copia sentenza di separazione o divorzio | <input type="checkbox"/> Autocertificazione periodi di maternità o di malattia |
| <input type="checkbox"/> Modulo redditi/Impresa | Copia dei bollettini di pagamento di: |
| <input type="checkbox"/> Modulo RED | <input type="checkbox"/> Versamenti volontari |
| <input type="checkbox"/> Modulo prestazioni accessorie | <input type="checkbox"/> Riscatto laurea |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/patronato | <input type="checkbox"/> Rendita vitalizia |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/sindacato | <input type="checkbox"/> Ricongiunzione |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega riscossione pensione | <input type="checkbox"/> Lavoro all'estero |
| <input type="checkbox"/> Modulo residenza | <input type="checkbox"/> Lavoratore domestico |
| <input type="checkbox"/> Modulo posta | Altro: |
| <input type="checkbox"/> Modulo banca | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Modulo agevolazioni ex combattenti (COMB1) | <input type="checkbox"/> _____ |

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.