





## 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	<input type="text"/>	N.	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	CITTA'	<input type="text"/>
CODICE ABI	<input type="text"/>	CODICE CAB/FRAZIONARIO	<input type="text"/>

(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	<input type="text"/>	CODICE BIC	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------------	----------------------

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 Ciri 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](http://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.*