



## Mod. 7006

### Richiesta di liquidazione FIRR per decesso dell'agente

#### Modalità di presentazione

La richiesta, unitamente alla documentazione, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un valido documento di identità del dichiarante o sottoscritta in presenza di un dipendente ENASARCO e può essere:

a) consegnata presso la Fondazione ENASARCO (Sede Centrale o Uffici Periferici)

**oppure**

b) inviata a mezzo posta a:  
FONDAZIONE ENASARCO  
SERVIZIO CONTRIBUTIONI  
VIA ANTONIOTTO USODIMARE 31  
00154 ROMA RM

#### Documentazione

- 1) **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO** (art. 47 del DPR 28/12/2000 n. 445): vedi allegato 1
- 2) **Certificato medico** che attesti lo stato di non gravidanza se la vedova ha un'età inferiore a 55 anni;
- 3) Se esistono figli minori e/o figli disabili: **originale o copia autenticata del decreto del Giudice Tutelare** che autorizzi l'esercente la potestà alla riscossione della quota parte spettante al minore.
- 4) **Modalità di pagamento**: vedi allegato 2
- 5) **Delega all'incasso**: qualora gli eredi intendessero avvalersi di altro soggetto per l'incasso della propria quota parte di liquidazione, è necessario compilare ed allegare al modello l'allegato 3.

#### AVVERTENZE

Le dichiarazioni di cui all'allegato **1** dovranno essere sottoscritte in presenza di un dipendente della Fondazione o accompagnate da copia del documento di identità del dichiarante.

Le richieste di accredito su conto corrente dovranno essere corredate di tutte le informazioni riguardanti le coordinate bancarie.

In caso di delega all'incasso tutte le firme dei deleganti devono essere autenticate a norma di legge.



**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)**

Io sottoscritto:

Cognome e nome

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Recapito telefonico

Relazione parentela col defunto  Stato civile

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /

Codice Fiscale

In qualità di **erede** dell'agente:

Cognome

Nome  Matr. Enasarco

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /

Data del decesso  /  /

Stato civile

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, **dichiaro che lo stato di famiglia al momento del decesso era il seguente:**

Cognome

Nome  Relazione parentela

Cognome

Nome  Relazione parentela

Cognome

Nome  Relazione parentela



Mod. 7006

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dichiaro che in relazione al defunto:

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| - esiste sentenza di cessazione degli effetti civili del matrimonio in essere alla data del decesso<br>(in caso affermativo inviare copia autentica)   | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |
| - esiste testamento (in caso affermativo inviare copia autentica)  | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |
| - in caso di accettazione dell'eredità <u>con beneficio di inventario</u> , esiste rinuncia successiva alla chiusura dello stesso (in caso affermativo inviare copia autentica dell'atto di rinuncia)  | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |
| - esiste rinuncia all'eredità (in caso affermativo inviare copia autentica dell'atto di rinuncia)  | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |
| - esistono figli   | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |
| - esistono figli <b>inabili o interdetti</b> e/o <b>minori</b><br>(in caso affermativo inviare originale o copia autentica dell'autorizzazione rilasciata dal Giudice Tutelare ad accettare e/o riscuotere <u>la quota ereditaria spettante al soggetto tutelato - art. 374 C.c.</u> ) | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |
| - esiste ex coniuge divorziato <b>titolare di assegno di mantenimento</b><br>(in caso affermativo allegare alla presente copia della sentenza di divorzio da cui risulti il riconoscimento dell'assegno divorzile)   | <input type="text" value="si"/> | <input type="text" value="no"/> |

#### DATI ANAGRAFICI DEL CONIUGE VIVENTE DEL DEFUNTO:

Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Stato civile	<input type="text"/>
Comune di residenza	<input type="text"/>
Prov.	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
n. civico	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Prov.	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>

#### DATI ANAGRAFICI DEI FIGLI DEL DEFUNTO (compresi legittimati, naturali, riconosciuti, adottivi):

<b>1</b> Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Stato civile	<input type="text"/>
Comune di residenza	<input type="text"/>
Prov.	<input type="text"/>
CAP	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
n. civico	<input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/>
Prov.	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
vivente	<input type="text" value="si"/> <input type="text" value="no"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>

**2** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  vivente  si  no

Codice Fiscale

**3** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  vivente  si  no

Codice Fiscale

## SE NON ESISTONO FIGLI, dichiarare:

### 1) GENITORI VIVENTI del defunto :

**1** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

**2** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

## 2) FRATELLI/SORELLE VIVENTI del defunto

**1** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

**2** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

## 3) NONNI VIVENTI del defunto

**1** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  c.a.p.

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

**2** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

**4) NIPOTI VIVENTI del defunto (figli di fratelli/sorelle premorti, figli di figli premorti)**

**1** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

**2** Cognome

Nome  Stato civile

Comune di residenza  Prov.  CAP

Indirizzo  n. civico

Luogo di nascita  Prov.

Data di nascita  /  /  Relazione parentela

Codice Fiscale

**Istanza sottoscritta in presenza del dipendente Enasarco** Firma del dipendente \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma del dichiarante** \_\_\_\_\_



Mod. 7006

FONDAZIONE ENASARCO  
SERVIZIO CONTRIBUZIONI  
VIA ANTONIOTTO USODIMARE 31  
00154 ROMA RM

## DATI PER IL PAGAMENTO

Erede beneficiario

Cognome Nome 

Paese	Check	CIN	ABI	CAB	C/C
-------	-------	-----	-----	-----	-----

Codice IBAN |  |  |  |  |  |  |Banca Agenzia  Città 
 **Data**  **Firma dell'erede beneficiario** 

Erede beneficiario

Cognome Nome 

Paese	Check	CIN	ABI	CAB	C/C
-------	-------	-----	-----	-----	-----

Codice IBAN |  |  |  |  |  |  |Banca Agenzia  Città 
 **Data**  **Firma dell'erede beneficiario** 

Erede beneficiario

Cognome Nome 

Paese	Check	CIN	ABI	CAB	C/C
-------	-------	-----	-----	-----	-----

Codice IBAN |  |  |  |  |  |  |Banca Agenzia  Città 
 **Data**  **Firma dell'erede beneficiario**



Mod. 7006

FONDAZIONE ENASARCO  
SERVIZIO CONTRIBUTIONI  
VIA ANTONIOTTO USODIMARE 31  
00154 ROMA RM

**DELEGA ALL'INCASSO****Il/i sottoscritto/i**

<b>1</b>	Cognome	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>
<b>2</b>	Cognome	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>
<b>3</b>	Cognome	<input type="text"/>
	Nome	<input type="text"/>

**in qualità di erede/i del defunto agente**




Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/> Matr. Enasarco <input type="text"/>

**Autorizza/no la Fondazione ENASARCO, concordemente e sotto propria responsabilità, ad erogare le somme FIRR di propria competenza sul conto corrente bancario di:**

Cognome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>
Residenza	<input type="text"/> Prov. <input type="text"/>
Luogo di nascita	<input type="text"/> Prov. <input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>

Paese	Check	CIN	ABI	CAB	C/C
-------	-------	-----	-----	-----	-----

**Codice IBAN** |  |  |  |  |  | 
Banca Agenzia  Città **La firme dei deleganti devono essere autenticate a norma di legge (davanti ad un pubblico ufficiale o un notaio):**

	Firma del delegante <input type="text"/>
	Firma del delegante <input type="text"/>
	Firma del delegante <input type="text"/>

Luogo e Data