

DOMANDA DI PENSIONE

☐ SUPERSTITI

☐ PRIVILEGIATA PER SUPERSTITI

☐ SUPPLEMENTARE PER SUPERSTITI

☐ INDENNITA' PER MORTE

ASSICURATO

COGNOME DELL'ISCRITTO

NOME DELL'ISCRITTO

DATA DI NASCITA

NOME D'ARTE

COMUNE DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

NAZIONALITA'

DATA DEL DECESSO

QUALIFICA

CATEGORIA

19

(*) CONTRASSEGNARE LA CASELLA CHE INTERESSA

PREF

MATRICOLA PRATICA

DATA DOMANDA

N. PROTOCOLLO

DOCUMENTAZIONE

1. Libretto personale ENPALS dell'iscritto e/o mod. 323/P.
2. Libretto personale INPS dell'iscritto
3. Certificato di nascita dell'assicurato defunto.
4. Copia autenticata del foglio matricolare.
5. Certificato di morte del pensionato.
6. Stato di famiglia (all'epoca del decesso)
7. Certificato di nascita del richiedente la pensione.
8. Stato di famiglia attuale.
9. Certificato di matrimonio.
10. Atto notorio o dichiarazione sostitutiva.
11. Certificato di frequenza o universitario.
12. Certificato medico di parte.
13. Dichiarazione reddituale (art. 24 L. 13-4-1977, n. 114
14. Mod. 281/bis.
15. Documenti indicati ai punti _____ del "Questionario"
N. B . Contrassegnare i documenti presentati

ENTE

PRATICA INSERITA NEL SISTEMA ELETTRONICO
TRAMITE VIDEO-TERMINALE DALL'UFFICIO DI:
Data _____ Firma _____

scrivere a macchina o stampatello

_____ l _____ sottoscritto _____ chiede la liquidazione della pensione di cui al punto

COGNOME DEL RICHIEDENTE

NOME DEL RICHIEDENTE

DATA DI NASCITA

STATO CIVILE

19

COMUNE DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

NAZIONALITA'

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, LARGO, ECC..)

NUMERO CIVICO

C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

RELAZIONE DI PARENTELA (*)

TEL.

Coniuge

Figli

Fratelli inabili

Genitori

L'ISCRITTO ERA GIA PNSIONATO?

NO

CERTIFICATO

N

SI

(*) contrassegnare la casella che interessa (1) - cancellare l'ipotesi che non ricorre

PATRONATO INDIRIZZO N. CIVICO CAP COMUNE PROV

chiede inoltre:

a che l'assegno di pensione sia accreditato sul c/c
. N. _____ Agenzia N. _____ della Banca Naz. del Lavoro di _____

b che l'assegno di pensione sia inviato al recapito descritto al punto R (solo se diverso dall'indirizzo di residenza)

c che l'assegno di pensione sia emesso in favore della persona
sotto indicata (autorizzazione a riscuotere con apposito ATTO DI DELEGA (sottoscritto dal titolare con firma autenticata)

COGNOME E NOME DEL DELEGATO

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, LARGO, ECC..)

NUMERO CIVICO

C.A.P. COMUNE

PROV

C-PN SO

1/5

QUESTIONARIO			
(da compilare in ogni parte obbligatoriamente)			
N.B. NDICARE SI O NO NELL'APPOSITA CASELLA – IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA. FORNIRE NOTIZIE RICHIESTE			
1	Il defunto, alla data del decesso, beneficiava di pensione diretta?		Beneficiava di pensione: Cat _____ N. _____ A carico _____ Decorrenza _____ Importo _____
ALTRE PENSIONI	Il richiedente beneficia in Italia o all'estero di altra pensione di reversibilità o, comunque, ne ha in corso la liquidazione? A carico dell'I.N.P.S.? _____ A carico di altro Ente? _____		DICHIARA: A. di avere in corso la liquidazione della pensione di reversibilità a carico _____ B. di essere titolare di pensione di reversibilità: Cert. n. _____ a carico di _____ Decorrenza _____ Importo mensile _____ ALLEGARE: una dichiarazione dell'Ente erogatore, attestante la natura, la decorrenza, l'importo della pensione, l'accredito dei contributivi figurativi per servizio militare ed equiparati, e le successive variazioni.
	Il richiedente beneficia di rendita INAIL, in quanto il decesso del defunto è avvenuto per cause di servizio?		ALLEGARE: dichiarazione INAIL attestante la decorrenza, la misura e le cause che hanno determinato la liquidazione della rendita stessa.
	Il richiedente beneficia di pensione diretta? - A CARICO DELL'I.N.P.S. A CARICO DI ALTRO ENTE?		DICHIARA: A. di avere in corso la liquidazione della pensione di reversibilità presso l'Ente _____ B. di essere titolare di pensione N. _____ Categ. _____ Decorrenza _____ Importo mensile _____
2	Il defunto E' o è stato assicurato presso l'I.N.P.S.? Quale lavoratore alle dipendenze di terzi? Nella gestione artigiani, coltivatori diretti, mezzadri e coloni, esercenti attività commerciali?		E' stato assicurato presso le Sedi INPS di _____ Allegare libretto personale INPS N. _____
ALTRE ASSICURAZIONI	Il defunto: ha avuto rapporti di lavoro con Enti o aziende per cui è stato iscritto a trattamenti speciali di previdenza? (Amministrazioni statali, aziende ferro-tranviarie, telefoniche, elettriche, del gas, esattoriali, Enti locali, ecc..)		E' stato iscritto al Fondo di Previdenza _____ perché occupato presso _____ dal _____ al _____
	Il defunto: ha lavorato all'estero alle dipendenze di imprese straniere? Attualmente gli Stati convenzionati sono i Paesi appartenenti alla Comunità Economica Europea, nonché: ARGENTINA, AUSTRALIA, AUSTRIA, BRASILE, CANADA, QUEBEC, CAPOVERDE, JUGOSLAVIA, JERSEY E ALTRE ISOLE DEL CANALE, LIECHTENSTEIN, NORVEGIA, PRINCIPATO DI MONACO, SAN MARINO, STATI UNITI D'AMERICA, SVEZIA, SVIZZERA, TUNISIA, URUGUAY.		• Dichiaro di aver lavorato nei seguenti stati esteri: _____ dal _____ al _____ _____ dal _____ al _____ Allegare: 1. Documenti comprovanti l'attività svolta all'estero. 2. Certificato di residenza. 3. Certificato di cittadinanza
3	Il defunto: quando ha iniziato e quando eventualmente ha cessato l'attività lavorativa nel campo dello spettacolo?		Data iniziale _____ data finale _____ Allegare: il libretto ENPALS aggiornato
ATTIVITA' LAVORATIVA	Ha lavorato negli ultimi dieci anni?		In caso affermativo, occorre compilare il Mod. 323/P da richiedersi alla locale Sede Compartimentale. Su tale modello deve essere indicata tutta l'attività lavorativa riferentesi al solo DECENNIO precedente la data di presentazione della domanda di pensione.
MALATTIA- RICOVERI T.B.C.	Il defunto: ha avuto periodi di malattia per i quali è stato ricoverato in ospedali o assistito da Enti Mutualistici? (vedere onto 1 delle "AVVERTENZE")		Periodo _____ Periodo _____
	E' stato ricoverato in sanatorio o istituto post-sanatoriale a carico dell'I.N.P.S., successivamente al 31 dicembre 1951?		Dichiara di essere stato ricoverato in sanatorio a carico delle Sedi INPS di _____ - dal _____ al _____ dal _____ al _____
	Ha in corso una domanda di prestazioni antitubercolari? Ha percepito l'indennità post-sanatoriale successivamente al 31-12-1951?		- Dichiara di aver percepito l'indennità post-sanatoriale dopo il 31-12-1951 a carico delle Sedi INPS di: _____

DATA _____ FIRMA _____

5	SERVIZIO MILITARE	Può far valere periodi di servizio militare o equiparati?	- In caso di risposta affermativa indicare: DISTRETTO _____ ANNO DI RIFERIMENTO _____ - ALLEGARE: Foglio matricolare o stato di servizio in originale ed in copia autenticata, ovvero la dichiarazione sostitutiva sull'apposito modello.
		Può far valere periodi di aspettativa non retribuiti, successivi al 11-6-1970, per svolgimento di funzioni pubbliche elettive ovvero di cariche sindacali nazionali o provinciali?	- Allegare la documentazione comprovante lo svolgimento delle funzioni pubbliche o delle cariche sindacali.
6	DISOCCUPAZIONE	Successivamente al 31-12-1951 percepisce o ha percepito l'indennità o trattamento ordinario di disoccupazione?	- Dichiaro di aver percepito l'indennità di disoccupazione a carico delle sedi INPS di _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____
7			VERS. VOL.
8	CASS. INT. GUAD.	Percepisce o ha percepito il trattamento economico salariale a carico della Cassa integrazione guadagni?	
9			BALL. TERS.
10	PREAVVISO	Percepisce o ha percepito il trattamento economico salariale a carico della Cassa integrazione guadagni?	
11			PERS. POL. O RAZZ.
12	FUNZ. EL. CAR. SIND.	Il defunto Poteva far valere periodi di aspettativa non retribuiti successivi al 11-6-1970 per svolgimento di funzioni pubbliche elettive ovvero di cariche sindacali nazionali o provinciali?	
13			RISCAT. TI.

DATA _____ FIRMA _____

14	1. Domanda di quota parte pensione SO (figli minori, studenti, inabili, ecc) 2. Domanda di Assegno per il Nucleo Familiare																																			
Il sottoscritto chiede la liquidazione della quota parte e/o assegno per il nucleo familiare per i seguenti componenti:																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 35%;">Cognome e Nome dei Familiari</th> <th style="width: 15%;">Luogo di nascita</th> <th style="width: 15%;">Data di nascita</th> <th style="width: 15%;">Relazione di parentela</th> <th style="width: 20%;">Redditi ? (Barrare la casella)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>SI NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>SI NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>SI NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>SI NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>SI NO</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>SI NO</td></tr> </tbody> </table>	Cognome e Nome dei Familiari	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Redditi ? (Barrare la casella)					SI NO					SI NO					SI NO					SI NO					SI NO					SI NO
Cognome e Nome dei Familiari	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Redditi ? (Barrare la casella)																																
				SI NO																																
				SI NO																																
				SI NO																																
				SI NO																																
				SI NO																																
				SI NO																																
15	<div style="text-align: center; font-weight: bold;">RESTITUZIONE ASSEGNI DI PENSIONE INDEBITI</div> <p> ____ l ____ sottoscritt ____ superstita del pensionat ____ </p> <p>dichiara di aver restituito N. ____ assegni già emessi dall'ENPALS a favore del de cuius.</p> <p>Data e Firma _____</p>																																			

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO	
Il sottoscritto _____	titolare/legale rappresentante dell'Azienda _____
_____ esercente _____	con sede in Via _____
_____ n. _____ dichiara che il Sig. _____	
<ul style="list-style-type: none"> è stato mantenuto in servizio oltre il 60° anno di età a seguito di opzione esercitata dallo stesso ai sensi dell'art. 8 della Legge n. 54/1982; non ha esercitato il diritto di opzione di cui all'art. 6 della Legge n. 54/1982; è stato mantenuto in servizio per cause indipendenti dall'esercizio della facoltà di opzione in quanto non trova applicazione nel caso presente la normativa di cui alla Legge 15 luglio 1966, n. 604 Ha esercitato il diritto di opzione di cui alla Legge 407/90. 	
FIRMA DEL TITOLARE DELL'AZIENDA O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE	

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'Enpals, con sede in Roma viale regina Margherita 206, 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 modulo, saranno trattati in 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.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera dei dipendenti dell'Ente, opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolte; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Enpals e operano in qualità di Responsabili designati dall'Ente.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici e privati, tra cui istituti di credito o uffici postali, altre amministrazioni, enti o casse di previdenza obbligatorie.

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

(LUOGO E DATA)

(FIRMA)

N

COMUNICAZIONE DEI REDDITI (contrassegnare le caselle che interessano e indicare i dati richiesti)

Il sottoscritto richiedente la pensione, stato civile _____

e il coniuge _____

codice fiscale del coniuge

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE PER L'ANNO _____

Il richiedente la pensione non possiede redditi assoggettabili all'IRPEF, esclusi il reddito della casa di abitazione, i trattamenti di fine rapporto e relative anticipazioni, nonché le competenze arretrate assoggettate a tassazione separata.

Il coniuge del richiedente la pensione non possiede redditi assoggettabili all'IRPEF, esclusi il reddito della casa di abitazione, i trattamenti di fine rapporto e relative anticipazioni, nonché le competenze arretrate assoggettate a tassazione separata.

Il richiedente la pensione e/o il coniuge possiedono i seguenti redditi assoggettabili all'IRPEF:

	RICHIEDENTE	CONIUGE
RIGO 1 Redditi di lavoro dipendente ed assimilati Redditi di lavoro autonomo o professionale o di Impresa	€	€
RIGO 2 Altri redditi assoggettabili all'IRPEF, esclusi il reddito della casa di abitazione, i trattamenti di fine rapporto e relative anticipazioni, e le competenze arretrate soggette a tassazione separata.	€	€

(DATA)

FIRMA DEL RICHIEDENTE

(FIRMA DEL CONIUGE)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite nel presente modulo di domanda sono veritiere.

Il sottoscritto si impegna a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare al proprio datore di Lavoro la qualità di pensionato, qualora presti attività lavorativa dipendente.

Il sottoscritto è consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto o sulla misura della pensione, che non siano già conosciuti dall'ENPALS, comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme riscalate indebitamente.

(DATA) _____ F

IRMA _____

MOD. 281/BIS DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

QUADRO A - DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI ANAGRAFICHE E DI ATTI NOTORI (L. 4-1-68, N.15; L. 26-2-86, N. 45, ART. 1, COMMA 8 BIS)

N.B. Le dichiarazioni del presente QUADRO possono sostituire rispettivamente: il certificato di matrimonio, il certificato di morte, l'atto notorio di non separazione per colpa e l'atto notorio relativo al mantenimento – da parte del defunto – del familiare richiedente la pensione ai superstiti, nei casi in cui ne sia prevista la presentazione (vedasi, al riguardo, l'elencazione dei documenti da presentare, riportata sul frontespizio della domanda di pensione).

1. Il sottoscritto coniuge DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

ha contratto matrimonio con il dante causa _____ il _____ a _____
cognome/nome

Prov _____ e che successivamente alla morte del dante causa ha/non ha contratto nuovo matrimonio in data _____

FIRMA

2. Il sottoscritto _____ DICHIARA sotto la propria responsabilità
cognome/nome rapp. di parentela col defunto

il dante causa _____ è deceduto il _____ a _____
cognome/nome

FIRMA

3. Il sottoscritto _____ DICHIARA sotto la propria responsabilità
cognome/nome rapp. di parentela col defunto

il dante causa _____ provvedeva con carattere di continuità al mantenimento del sottoscritto
cognome/nome saltuariamente

FIRMA

4. Il sottoscritto _____ DICHIARA sotto la propria responsabilità
cognome/nome rapp. di parentela col defunto

il dante causa _____ provvedeva con carattere di continuità al mantenimento del sottoscritto
cognome/nome saltuariamente

FIRMA

5. Il sottoscritto _____ DICHIARA sotto la propria responsabilità
cognome/nome rapp. di parentela col defunto

- ☐ è intervenuta con il dante causa sentenza di separazione per colpa. (allegare copia autenticata della sentenza di separazione)
- ☐ non è intervenuta con il dante causa sentenza di separazione per colpa.

FIRMA

QUADRO B - DICHIARAZIONE DEI REDDITI – BARRARE LE CASELLE RELATIVE AI DATI CHE RICORRONO – DA COMPILARE SOLO SE LA PENSIONE E' RICHIESTA DA UN UNICO FAMILIARE SUPERSTITE

L'anno per il quale va resa la dichiarazione è quello in corso alla data di presentazione della domanda. L'interessato deve dichiarare i redditi che, sulla base degli elementi in possesso e tenuto conto dei redditi conseguenti nell'anno precedente, presume di percepire durante l'anno.

Il sottoscritto richiedente la pensione dichiara sotto la propria responsabilità che:

- ☐ non possiede redditi assoggettabili all'I.R.P.E.F. all'infuori del reddito derivante dalla casa di abitazione e dei trattamenti di fine rapporto comunque denominati.
- ☐ possiede i seguenti redditi assoggettabili all'I.R.P.E.F.

ANNO

Redditi assoggettabili all'I.R.P.E.F. esclusi il reddito della casa di abitazione e trattamenti di fine rapporto comunque denominati

€ _____

N.B. L'importo deve essere arrotondato all'EURO inferiore.

QUADRO C - DA COMPILARE DAI FAMILIARI

Familiare _____ /_____/_____
cognome e nome data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

codice fiscale

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DEFUNTO: figlio studente ☐ figlio inabile ☐ genitore ☐ fratello o sorella ☐

- **Presta attività lavorativa dipendente o autonoma?**
NO SI INDICARE L'AMMONTARE DELLA RETRIBUZIONE O DEL REDDITO MENSILE € _____

- **Beneficia in Italia o all'estero di altre pensioni?**
NO SI INDICARE: _____ IMPORTO MENSILE € _____
Ente o stato estero Tipo pensione

- **Possiede altri redditi di qualsiasi natura?**
NO SI INDICARE L'IMPORTO MENSILE € _____

TOTALE € _____

Familiare _____ /_____/_____
cognome e nome data di nascita

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

codice fiscale

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DEFUNTO: figlio studente ☐ figlio inabile ☐ genitore ☐ fratello o sorella ☐

- **Presta attività lavorativa dipendente o autonoma?**
NO SI INDICARE L'AMMONTARE DELLA RETRIBUZIONE O DEL REDDITO MENSILE € _____

- **Beneficia in Italia o all'estero di altre pensioni?**
NO SI INDICARE: _____ IMPORTO MENSILE € _____
Ente o stato estero Tipo pensione

- **Possiede altri redditi di qualsiasi natura?**
NO SI INDICARE L'IMPORTO MENSILE € _____

TOTALE € _____

QUADRO D - DA COMPILARE QUALORA TRA I RICHIEDENTI LA PENSIONE NON VI SIA IL CONIUGE SUPERSTITE☐ **Se la pensione è richiesta dai soli figli**

IL DEFUNTO HA LASCIATO SUPERSTITE:

IL CONIUGE? NO SI INDICARE LE GENERALITA' _____
cognome e nome data di nascita

☐ **Se la pensione è richiesta dai genitori**

IL DEFUNTO HA LASCIATO SUPERSTITE:

CONIUGE? NO SI INDICARE LE GENERALITA' _____
cognome e nome data di nascita

FIGLI? NO SI INDICARE LE GENERALITA' _____
cognome e nome data di nascita

☐ **Se la pensione è richiesta da fratelli e/o sorelle inabili:**

IL DEFUNTO HA LASCIATO SUPERSTITE:

CON IUGE? NO SI INDICARE LE GENERALITA' _____
cognome e nome data di nascita

FIGLI? NO SI INDICARE LE GENERALITA' _____
cognome e nome data di nascita

GENITORI? NO SI INDICARE LE GENERALITA' _____
cognome e nome data di nascita

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto richiedente la pensione ai superstiti, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver compilato i quadri di competenza del questionario informativo e che le risposte fornite sono conformi al vero. Il sottoscritto si impegna inoltre a segnalare tempestivamente all'ENPALS ogni e qualsiasi variazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate. Il sottoscritto è consapevole che la mancata o intempestiva segnalazione di tali variazioni comporterà, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

FIRME DEI RICHIEDENTI LA PENSIONE

Data _____

CONIUGE

FIGLI MAGGIORENNI

GENITORI

FRATELLI/SORELLE