

Direzione Prestazioni Previdenziali
Viale Regina Margherita, 206 – 00198 ROMA
Fax 0685446390 - 0685446557

DOMANDA DI RATE DI PENSIONE MATUREATE E NON RISCOSSE

Io sottoscritto/a

QUADRO A

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente in Via _____ Comune _____

Prov. _____ C.a.p. _____ Recapito telefonico _____

E-mail _____ Codice fiscale _____

Chiedo, in qualità di erede del sottoindicato pensionato, il pagamento delle rate di pensione maturate e non riscosse:

QUADRO B

Cognome dell'iscritto/a _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Comune o Stato estero di nascita

Codice fiscale _____ data del decesso _____

Scelta del patronato:

QUADRO C

Il sottoscritto delega il Patronato _____
presso il quale elegge il domicilio a rappresentarlo ed assisterlo gratuitamente per la trattazione della pratica oggetto della domanda.

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data _____

Firma _____

Timbro del Patronato

Firma dell'operatore autorizzato _____

QUADRO D**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI ANAGRAFICHE**
(Art. 1 e 3 del D.P.R. 20 Ottobre 1998, n. 403)

Io sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Relazione di parentela con il/la deceduto/a _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

(contrassegnare con una X le caselle corrispondenti alle ipotesi che interessano)

Che il/la pensionato/a _____

È deceduto/a il _____ a _____ Prov. _____

- di aver diritto all'intera eredità in quanto non esistono altri eredi;
- di aver diritto ad una quota di eredità pari a _____ in quanto esistono i seguenti coeredi:

Cognome e nome	Data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela con il defunto

- che oltre ai suddetti coeredi non esistono altri aventi diritto alla successione;
- che il/la pensionato/a defunto/a non ha lasciato testamento;
- che il testamento presentato è l'ultimo redatto dal/dalla pensionato/a defunto/a e non è stato impugnato.

IL DICHIARANTE

Data _____

(LA FIRMA VA APPOSTA IN PRESENZA DEL FUNZIONARIO
ADDETTO A RICEVERE L'ISTANZA)Io sottoscritto dichiaro di non poter firmare perché _____
(specificare se trattasi di impedimento fisico o analfabetismo)

(firma del dipendente addetto che, previo accertamento dell'identità del dichiarante, attesta le cause dell'impedimento)

QUADRO E

**DA COMPILARE DA PARTE DEI COEREDI
SOLO SE INTENDONO RICHIEDERE INDIVIDUALMENTE
LA LIQUIDAZIONE DELLE RATE DI PENSIONE MATUREATE E NON RISCOSSE**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente in Via _____ Comune _____

Prov. _____ C.a.p. _____ Recapito telefonico _____

E-mail _____ Codice fiscale _____

Relazione di parentela con il/la defunto/a _____

Avente diritto ad una quota pari al _____ % dell'eredità del/della pensionato/a indicato/a nel **QUADRO B**

CHIEDO IL PAGAMENTO DELLE RATE MATUREATE E NON RISCOSSE.

Data _____ Firma _____

QUADRO F

PER RISCUOTERE LA PENSIONE TRAMITE ALTRA PERSONA

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

DELEGO

La persona sottoindicata a riscuotere in mio nome e vece quanto dovutomi in relazione alle rate di pensione, con esonero dell'Istituto pagatore da ogni responsabilità al riguardo.

Dati del DELEGATO:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ Prov. _____

Residente in Via _____ Comune _____

Prov. _____ C.a.p. _____ Codice fiscale _____

IL DICHiarante

Data _____

(LA FIRMA VA APPOSTA IN PRESENZA DEL FUNZIONARIO
ADDETTO A RICEVERE L'ISTANZA)

Io sottoscritto dichiaro di non poter firmare perché _____

(specificare se trattasi di impedimento fisico o analfabetismo)

Timbro dell'Ufficio

(firma del dipendente addetto che, previo accertamento dell'identità del

dichiarante, attesta le cause dell'impedimento) _____

QUADRO G**AUTENTICAZIONE DELLE FIRME APPOSTE SULLE DELEGHE ALLA RISCOSSIONE**

Io sottoscritto/a _____ qualifica _____
nella mia qualità di _____

ATTESTO CHE:

il dichiarante Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il teste Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il teste Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il dichiarante Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il teste Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il teste Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il dichiarante Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il teste Sig./ra _____ identificato/a in base _____

il teste Sig./ra _____ identificato/a in base _____

hanno sottoscritto davanti a me le dichiarazioni di responsabilità e/o deleghe alla riscossione e che i medesimi sono stati da me ammoniti sulla responsabilità penale cui andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizioni di atto ovvero di documento di identità personale falso o contenente dati non più rispondenti a verità.

Timbro dell'Ufficio

Il Funzionario addetto

Data _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa fornитами ai sensi dell'art. 10 della legge 31/12/1996, n. 675 io sottoscritto/a _____

ACCONSENTO (barrare la casella che interessa)

- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda: SI' NO
- 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero, ove ciò sia necessario all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda: SI' NO
- 3) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di posterizzazione e di archiviazione ed la trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della presente domanda: SI' NO
- 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli connessi alla presente domanda, ad altri Enti o Amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali: SI' NO

SONO CONSAPEVOLE CHE IL MANCATO CONSENTO

- Nel caso di cui al punto 1), comporta l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la domanda che mi riguarda;
- Nel caso di cui al punto 2), comporta l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la domanda che mi riguarda se il trasferimento dei dati all'estero è necessario per la trattazione della domanda che mi riguarda;
- Nel caso di cui al punto 3), comporta notevole ritardo nella liquidazione e nella gestione della mia domanda.

Data _____

Firma _____

AVVERTENZE PER LA COMPIAZIONE DEL MODULO DI DOMANDA

La domanda di pensione ai superstiti prestata dal coniuge del/della pensionato/a deceduto/a vale anche come richiesta di liquidazione delle rate di pensione maturate e non riscosse.

Il coniuge avente diritto alla pensione ai superstiti pertanto non deve chiedere le rate maturate e non riscosse dal pensionato deceduto con il presente modulo.

Nel caso in cui esistano più coeredi, ognuno di essi può formulare autonoma richiesta di liquidazione delle rate di pensione maturate e non riscosse. A tal fine i moduli occorrenti devono essere predisposti mediante fotocopia del QUADRO E del modulo di domanda.

I coeredi possono peraltro delegare uno degli eredi a riscuotere anche la loro quota . per la compilazione della delega deve essere utilizzato il QUADRO F, se devono essere rilasciate più deleghe, i moduli occorrenti devono essere predisposti mediante fotocopia del QUADRO F del modulo di domanda.

La sottoscrizione.

Il modulo da compilato in modo chiaro e leggibile, preferibilmente in STAMPATELLO.

Se nel presente modulo di domanda vengono rese dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atto notorio, la sottoscrizione va apposta davanti al funzionario addetto. L'istanza può essere presentata anche in via telematica o per posta, ma in tal caso deve essere inviata anche una copia fotostatica di un documento di identità.

Mi impegno a comunicare all'Inps – Gestione ex Empals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 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 – Gestione ex Empals 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 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 – Gestione ex Empals e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

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, altri 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 – Gestione ex Empals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.

Nota: Ai sensi dell'art. 21 del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, l'ENPALS è soppresso e le sue funzioni sono trasferite all'INPS. In attesa dell'emanazione dei decreti che disciplinano il trasferimento delle risorse strumentali, umane e finanziarie dall'ENPALS all'INPS, il soppresso ENPALS continua ad espletare le attività connesse ai propri compiti istituzionali.