

Richiesta Pensione ai superstiti

(Barrare la voce che interessa)

<input type="checkbox"/>	Pensione di Reversibilità
<input type="checkbox"/>	Pensione Indiretta
<input type="checkbox"/>	Orfano maggiorenne inabile

Protocollo

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome																					
	Nome																					
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																				
	A																					Prov.

Domicilio	Via																					N.°
	Città																					Prov..
	Cap																					
	E-mail																					
Residenza fiscale		Comune																				Prov.

Quale ORFANO MAGGIORENNE INABILE di:

Dati iscritto deceduto	Cognome																					
	Nome																					
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																				
	a																					Prov.

Chiede la reversibilità della pensione Chiede la pensione indiretta

ed a tal fine **DICHIARA**

Codice fiscale	Di essere in possesso del seguente codice fiscale:																					

Nascita morte e codice fiscale dell'iscritto deceduto	Che il/la sig/ra:																						
	Cognome																						
	Nome																						
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																					
	A																					Prov.	
	Codice fiscale																						
	Deceduto/a il	(gg/mm/aaaa)																					
	<input type="checkbox"/>	Che il coniuge ha diritto a pensione										<input type="checkbox"/>	Senza lasciare coniuge superstite										
<input type="checkbox"/>	Senza lasciare coniuge con diritto a pensione										<input type="checkbox"/>	Che il coniuge ha successivamente perduto il diritto a pensione dal											

Inabilità	<input type="checkbox"/> di essere totalmente e permanentemente inabile (allega il relativo certificato medico rilasciato dalla Commissione Sanitaria competente)
-----------	---

Stato civile	<input type="checkbox"/> di essere celibe/ nubile
--------------	---

Paternità maternità	Che è nato/a da:																			
	paternità																			
	maternità																			

Matrimonio genitori	Che i propri genitori hanno contratto matrimonio il
	a Prov.....

Figli	<input type="checkbox"/> Che non esistono altri figli aventi diritto alla reversibilità
	<input type="checkbox"/> Che esistono altri n°.....figli aventi diritto alla reversibilità, che hanno prodotto domanda analoga

Dichiarazione	Che il proprio nucleo familiare, alla data di morte del dante causa, si compone di:																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il										a								Prov.	
	parentela																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il										a								Prov.	
	parentela																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il										a								Prov.	
	parentela																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il										a								Prov.	
parentela																				

Trattamenti di pensione percepiti	<input type="checkbox"/> che.....titolare della pensione n°.....categoria.....
	concessa da

Reddito	Che nell'anno:(anno di morte dell'iscritto) era a suo carico, convivente e	
	<input type="checkbox"/> Non ha posseduto o non possiede alcun reddito	
	<input type="checkbox"/> Ha posseduto o possiede un reddito annuo lordo di €.....	

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo. Dichiara inoltre, di essere consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto o sulla misura della pensione, che non siano già conosciuti dall'IPOST comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme indebitamente riscosse. (D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000).

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 - 00144 Roma - altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Allegare fotocopia documento valido e fotocopia codice fiscale

Richiesta Detrazioni d'Imposta

Il/la sottoscritto/a

Cognome																			
Nome																			

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 917 e successive modifiche e ai sensi del DPR 28/12/2000 n 445

sotto la sua responsabilità, di aver diritto alle seguenti detrazioni d'imposta annue a partire dal

SI	NO	
		Detrazione per redditi di lavoro dipendente o pensione (art.13 TUIR)
		Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
		Detrazione per il primo figlio in sostituzione del coniuge
		Detrazione del 50% per n° Figli di età inferiore ai tre anni
		Detrazione del 100% per n° Figli di età inferiore ai tre anni
		Detrazione del 50% per n° Figli di età superiore ai tre anni
		Detrazione del 100% per n° Figli di età superiore ai tre anni
		Detrazione del 50% per n° Figli di età inferiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 100% per n° Figli di età inferiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 50% per n° Figli di età superiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 100% per n° Figli di età superiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 50% per n° Altri familiari a carico
		Detrazione del 100% per n° Altri familiari a carico

FAMILIARI PER I QUALI VENGONO RICHIESTE LE DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANNO _____

Cognome e Nome	Nato/a il
A	Prov.
Codice Fiscale	Grado di Parentela
Cognome e Nome	Nato/a il
A	Prov.
Codice Fiscale	Grado di Parentela
Cognome e Nome	Nato/a il
A	Prov.
Codice Fiscale	Grado di Parentela
Cognome e Nome	Nato/a il
A	Prov.
Codice Fiscale	Grado di Parentela

AVVERTENZE

La detrazione per i familiari a carico spetta a condizione che il familiare possieda un reddito complessivo non superiore a €2.840,51 annui, al lordo degli oneri deducibili.**La presente dichiarazione, inoltre, ha effetto su tutti gli eventuali altri trattamenti di quiescenza intestati allo stesso pensionato.**

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 - 00144 Roma - altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Assegno per il nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a

	Cognome																			
	Nome																			

Chiede l'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal .../.../.....
e a tal fine

DICHIARA:

Dichiarazione	<input type="checkbox"/>	Di non godere della pensione INPS												
	<input type="checkbox"/>	Di godere della pensione INPS dal	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											Categoria

Barrare con una X solo le caselle interessate		
Stato civile	<input type="checkbox"/>	di essere CELIBE/NUBILE
	<input type="checkbox"/>	di essere VEDOVO/A
	<input type="checkbox"/>	di essere SEPARATO/A
	<input type="checkbox"/>	di essere DIVORZIATO/A

Che il proprio nucleo familiare, compreso il dichiarante è composto come segue:																					
1	Cognome																				
	Nome																				
	Data di Nascita									Luogo											
	Grado di Parentela																				
	Codice Fiscale																				
2	Cognome																				
	Nome																				
	Data di Nascita									Luogo											
	Grado di Parentela																				
	Codice Fiscale																				
3	Cognome																				
	Nome																				
	Data di Nascita									Luogo											
	Grado di Parentela																				
	Codice Fiscale																				
4	Cognome																				
	Nome																				
	Data di Nascita									Luogo											
	Grado di Parentela																				
	Codice Fiscale																				

5	Cognome																				
	Nome																				
	Data di Nascita									Luogo											
	Grado di Parentela																				
	Codice Fiscale																				
6	Cognome																				
	Nome																				
	Data di Nascita									Luogo											
	Grado di Parentela																				
	Codice Fiscale																				

Che la persona indicata al punto si trova nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero, se minorenne, ha difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega la certificazione rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali).

Che la persona indicata al punto è studente (si allega autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 o copia del certificato di frequenza scolastico/universitaria).

Che la persona indicata al punto è apprendista (si allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000).

Che nell'anno	Il reddito complessivo del proprio nucleo familiare percepito ammonta ad euro	
	di cui il reddito complessivo da lavoro dipendente e assimilato ammonta ad euro	

Che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare al lordo degli oneri deducibili comprende:

- **Il reddito da lavoro dipendente e assimilato** (esempio: retribuzione, pensione, ecc.) compresi i redditi assoggettati a tassazione separata esclusi eventuali trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni;
- **I redditi di terreni e fabbricati** (al lordo della deduzione prevista per la casa di abitazione)
- **I redditi di lavoro autonomo o d'impresa**
- **I redditi esenti od assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte od imposta sostitutiva** (esempio: interessi su depositi bancari, su titoli, assegni alimentari corrisposti da ex coniuge per figli ecc.) **di importo superiore annuo ad euro 1032,91.**

Che la somma dei redditi da lavoro dipendente, da pensione o da altra prestazione previdenziale derivante da lavoro dipendente è superiore od uguale al 70% del reddito complessivo del nucleo familiare.

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo. Dichiara inoltre, di essere consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto o sulla misura della prestazione, che non siano già conosciuti dall'IPOST comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme indebitamente riscosse. (D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000).

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 - 00144 Roma - altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Accredito della pensione su Conto BancoPosta

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																		
	A																	Prov.		
	Codice Fiscale																			

Chiede l'accreditamento, in via continuativa, dell'importo della pensione
(D.P.R. n. 138 del 19 aprile 1986 e D.P.R. n. 429 dell'8 luglio 1986)

sul proprio conto corrente postale :																			
Paese	Cin Eur	Cin	Banca (ABI)				Agenzia (CAB)				Numero Conto								

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali

Avvertenze: Si prega di riempire tutti i campi sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto inviato da Poste italiane, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. *, ; -/)

Dichiara

- di essere a conoscenza:
- a) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario si impegna/no a comunicare tempestivamente, in forma scritta, all' IPOST il venire meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il godimento del trattamento pensionistico e degli annessi assegni accessori;
 - b) che l'incompleta o la mancata segnalazione dei fatti o stati, che incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento pensionistico, comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse
 - c) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario autorizza/no Poste Italiane, su disposizione di IPOST, a prelevare d'ufficio le somme erroneamente o indebitamente accreditate sul Conto Corrente sopraindicato, con effetto anche nei confronti di eventuali eredi.
 - d) che la richiesta di accredito della pensione può essere revocata solo dal sottoscritto titolare della pensione.

Data _____ Firma del titolare della pensione _____
 Firma del cointestatario del conto _____
 Codice Fiscale del cointestatario _____

Spazio per l'Ufficio Postale previo accertamento dell'identità del richiedente.	Poste italiane – Ufficio di	Filiale di
	Indirizzo	
	Coordinate Postali	
	Cod. IBAN _____	Cod. BIC _____
	Data _____	Firma _____
Timbro dell'Ufficio Postale		

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
 La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Accredito della pensione su Conto Corrente Bancario

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome																				
	Nome																				
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																			
	A																		Prov.		
	Codice Fiscale																				

Chiede l'accREDITAMENTO, in via continuativa, dell'importo della pensione
(D.P.R. n. 138 del 19 aprile 1986 e D.P.R. n. 429 dell'8 luglio 1986)

sul proprio conto corrente bancario :																					
Paese	Cin Eur	Cin	Banca (ABI)	Agenzia (CAB)	Numero Conto																

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali

Avvertenze: Si prega di riempire tutti i campi sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto inviato dalla banca, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. *, ; -/)

Dichiara

di essere a conoscenza:

- a) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario si impegna/no a comunicare tempestivamente, in forma scritta, all'IPOST il venire meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il godimento del trattamento pensionistico e degli annessi assegni accessori;
- b) che l'incompleta o la mancata segnalazione dei fatti o stati, che incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento pensionistico, comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse
- c) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario autorizza/no l'Istituto di Credito, su disposizione di IPOST, a prelevare d'ufficio le somme erroneamente o indebitamente accreditate sul Conto Corrente sopraindicato, con effetto anche nei confronti di eventuali eredi.
- d) che la richiesta di accredito della pensione può essere revocata solo dal sottoscritto titolare della pensione.

Data _____

Firma del titolare della pensione _____

Firma del cointestatario del conto _____

Codice Fiscale del cointestatario _____

Spazio per l'Istituto di Credito previo accertamento dell'identità del richiedente.	Istituto di Credito		Agenzia n.ro		
	Indirizzo				
	Coordinate Bancarie				
	Cod. IBAN _____				
	Cod. BIC _____				
	Data _____			Firma _____	
Timbro dell'Istituto di Credito					

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 - 00144 Roma - altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Legenda**DOMANDA DI PENSIONE**

La domanda di pensione può essere:

- 1. Presentata** direttamente alla Filiale di Poste Italiane di appartenenza, firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art. 38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa) e dalla fotocopia del tesserino del codice fiscale. Se il documento di identità non è più valido, si dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.
- 2. Trasmessa** per fax, firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art. 38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa) e dalla fotocopia del tesserino del codice fiscale. Se il documento di identità non è più valido, si dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.
- 3. Inviata** per posta firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art. 38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa) e dalla fotocopia del tesserino del codice fiscale. Se il documento di identità non è più valido, si dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.
- 4. qualora** fosse stata scelta l'assistenza, può essere inviata tramite il Patronato o il Sindacato, che offrirà gratuitamente l'assistenza necessaria.

ELENCO ALLEGATI:

1	DETRAZIONE DI IMPOSTA
2	ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE
3	RISCOSSIONE PRESSO SPORTELLO POSTALE
4	PAGAMENTO MEDIANTE ACCREDITO IN C/C POSTALE
5	PAGAMENTO MEDIANTE ACCREDITO IN C/C BANCARIO
6	DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLA PENSIONE
7	LEGENDA + ELENCO ALLEGATI