



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - PENSIONI

Data

DOMANDA DI PENSIONE INDIRECTA MEDIANTE CUMULO

(Articolo 1, comma 239 e seguenti della Legge 24 dicembre 2012, n. 228, come modificata dalla Legge 11 dicembre 2016, n. 232)

Da inviare tramite raccomandata a/r o via e-mail pec a: prestazioni@pec.cassaragionieri.it

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in
(via/piazza) Comune

Prov. CAP Telefono Cellulare

E-mail E-mail PEC

CHIEDO

la liquidazione della pensione indiretta mediante cumulo. A tal fine,

DICHIARO

che l'iscritto/a:

Cognome Nome

Codice Fiscale è deceduto/a il: / /

Di essere:

Coniuge

Coniuge separato (allego copia della Sentenza di separazione)

Ex coniuge (allego copia della Sentenza di divorzio dal deceduto)

Figlio di età inferiore ad anni 18

(in tal caso la domanda deve essere presentata da chi ne ha la patria potestà o la tutela legale)

Figlio studente di scuola media o professionale di età non superiore ad anni 21

Figlio studente universitario di età non superiore ad anni 26

Figlio inabile

Tutore di:

che esistono altri superstiti aventi diritto a pensione e precisamente:

RAPPORTO	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE
Coniuge			
Coniuge separato			
Ex coniuge			
Figli			

che non esistono altri superstiti aventi diritto a pensione;

che alla data del decesso i seguenti figli percepivano un reddito annuo pari a Euro:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	REDDITO PRODOTTO AI FINI IRPEF

che nessun figlio studente presta lavoro retribuito;

Da compilare solo se il richiedente è il coniuge del ragioniere/a			
Data del matrimonio		Mantiene lo stato vedovile	SI NO
NON HA contratto nuovo matrimonio			
HA contratto nuovo matrimonio	il		a

di avere rinunciato all'intera eredità;

di non avere rinunciato all'intera eredità;

che, per l'anno del decesso e per l'anno precedente il de cuius ha prodotto i seguenti redditi professionali e i volumi di affari:			che, per l'anno del decesso e per l'anno precedente i superstiti hanno prodotto i seguenti redditi:	
ANNO DI PRODUZIONE (*)	REDDITO PROFESSIONALE NETTO AI FINI IRPEF (Quadro RE/RH della dichiarazione fiscale)	VOLUME DI AFFARI AI FINI IVA (Quadro VE della dichiarazione fiscale)	ANNO DI PRODUZIONE (*)	REDDITO LORDO

(*) Nella prima riga della tabella devono essere indicati i dati relativi all'anno precedente il decesso e nella seconda quelli relativi all'anno del decesso.

(*) Nella prima riga della tabella devono essere indicati i dati relativi all'anno precedente il decesso e nella seconda quelli relativi all'anno del decesso.

DICHIARO

A di essere a conoscenza che il cumulo deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi in essere presso ciascuna delle gestioni previdenziali;

B Periodi assicurativi e/o contributivi maturati in Italia dal dante causa:

ENTE PREVIDENZIALE	TIPO CONTRIBUZIONE	DAL	AL

C Periodi di lavoro svolti all'estero:

STATO	DAL	AL	CASSA ESTERA

D Non ha richiesto alcun accredito figurativo.

Ha richiesto l'accredito figurativo presso:

ENTE	DATA DOMANDA	DAL	AL	TIPOLOGIA ACCREDITO FIGURATIVO RICHIESTO
				SERVIZIO MILITARE
				DISOCCUPAZIONE
				MATERNITÀ/ASTENSIONE FACOLTATIVA
				ASTENSIONE FUORI RAPPORTO LAVORO
				MALATTIA INFORTUNIO
				MALATTIA SPECIFICA (TBC)
				CIG
				CONGEDI PARENTALI
				CARICA PUBBLICA ELETTIVA/SINDACALE
				ALTRO (specificare)

E Non ha presentato alcuna domanda di riscatto.

Ha presentato domanda di riscatto presso:

ENTE	DATA DOMANDA	DAL	AL	TIPOLOGIA RISCATTO RICHIESTO
				CORSO LEGALE DI LAUREA
				RISCATTO EX ART. 13, L. 1338/62
				LAVORO ALL'ESTERO
				ASTENSIONE FACOLTATIVA
				RISCATTO GESTIONE SPECIALE
				ALTRO (specificare)

F Non ha presentato domanda di ricongiunzione.

Ha presentato domanda di ricongiunzione c/o:

ENTE

DATA

G Non ha richiesto la restituzione dei contributi.

Ha richiesto la restituzione dei contributi c/o: ENTE

DATA

H DICHIARAZIONE SITUAZIONE PENSIONISTICA

Non era titolare di alcuna pensione.

Era titolare di pensione:

TIPO PENSIONE

ENTE O STATO ESTERO EROGATORE

DECORRENZA PENSIONE

Non ha presentato domanda di pensione.

Ha presentato domanda di pensione:

TIPO PENSIONE RICHIESTA

ENTE A CUI È STATA PRESENTATA LA DOMANDA

DATA DELLA DOMANDA

I COMUNICAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA

Non svolgeva alcuna attività lavorativa di qualsiasi natura da:

(GG/MM/AAAA)

Svolgeva attività lavorativa autonoma o professionale in qualità di:

QUALIFICA

Svolgeva attività di collaborazione coordinata.

L Redditi da lavoro autonomo, professionale, parasubordinato, d'impresa e redditi di partecipazione in società e imprese nonché da lavoro dipendente all'estero:

ANNO	DAL	AL	IMPORTO IN EURO

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

Allegare copia (*fronte e retro*) di un documento di identità in corso di validità.

DETRAZIONI D'IMPOSTA*(Previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917)***IO SOTTOSCRITTO / A**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP **DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ**che, a decorrere dal ho diritto alle seguenti detrazioni *(mi impegno a comunicare entro 30 giorni ogni singola variazione relativa alla situazione sotto illustrata):***Barrare SÌ o NO, TUTTE LE CASELLE ed in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste.**

- SÌ NO Detrazione per redditi da pensione.
- SÌ NO Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato.
- SÌ NO Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 50% per n. figli, di età superiore ai tre anni.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 100% per n. figli, di età superiore ai tre anni.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 100% per n. figli, di età inferiore ai tre anni.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 100% per n. figli, portatori di handicap.
- SÌ NO Detrazione per n. altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria.
- SÌ NO Ulteriore detrazione dovuta alla presenza di almeno 4 figli a carico.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli).
- SÌ NO Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro ed il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.

DATI DEL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F. **DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO**

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

BANCA [.....	AGENZIA N. [.....	
INDIRIZZO		
COMUNE	CAP	PROV.
CODICE ABI	CODICE CAB	<i>(I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)</i>
ALLO SPORTELLO IN CONTANTI <i>(solo per importi fino a 1.000 euro; art. 12, Legge 22/12/2011, n. 214)</i>		
<p><i>Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente nominativo, su libretto di risparmio nominativo o su carta prepagata, è necessaria la compilazione del relativo quadro da parte della Banca:</i></p>		
SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO		
IBAN: [.....	BIC: [.....	
DATA [.....	TIMBRO DELLA BANCA [.....	FIRMA DEL FUNZIONARIO [.....
SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO		
IBAN: [.....	BIC: [.....	
DATA [.....	TIMBRO DELLA BANCA [.....	FIRMA DEL FUNZIONARIO [.....
SU CARTA PREPAGATA N.		
IBAN: [.....	BIC: [.....	
DATA [.....	TIMBRO DELLA BANCA [.....	FIRMA DEL FUNZIONARIO [.....

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

DELEGA PER LA RISCOSSIONE

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Codice Fiscale

DELEGO

la persona sottoindicata a riscuotere quanto dovuto in relazione alla pensione.

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in Prov. C.A.P.

Indirizzo

.....
FIRMA DEL RICHIEDENTE

Io sottoscritto/a

funzionario incaricato

ATTESTO CHE

il delegante sig.

identificato/a a mezzo:

è impossibilitato a firmare poiché impedito per cause di natura fisica poiché incapace di scrivere
ha firmato in mia presenza

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e dell'obbligo di comunicare tempestivamente le variazioni della sopraindicata situazione, nonché il verificarsi di qualsiasi evento che comporti variazione o modifica, soppressione o riduzione al trattamento pensionistico,

MI HA DICHIARATO

che intende delegare la persona sopraindicata a riscuotere in suo nome e vece quanto dovutogli in relazione alla pensione con esonero dell'INPS e dell'ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo.

DATA

TIMBRO

FIRMA DEL FUNZIONARIO

Si avverte che la delega sarà revocata qualora la pensione sia riscossa su Conto Corrente bancario o postale. La firma del delegante deve essere autenticata a norma dell'art. 21 del D.P.R. 445/200. All'autenticazione della firma possono provvedere il funzionario dell'INPS, il notaio, il cancelliere, il segretario comunale, o altro funzionario incaricato dal sindaco; per i residenti all'estero l'Autorità consolare italiana.

È opportuno che il richiedente, già titolare di una o più pensioni pagate dall'Inps e riscosse a mezzo delega, indichi la persona già delegata.



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - PENSIONI

Data

SCELTA DEL PATRONATO

(facoltativo)

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

DELEGO

Il Patronato

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del c.c., a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per la trattazione della pratica relativa alla domanda di pensione, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001 n. 152. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D.Lgs 196/2003).

LUOGO E DATA		FIRMA DEL RICHIEDENTE
TIMBRO DEL PATRONATO		FIRMA DELL'OPERATORE DELL'ENTE DI PATRONATO
CODICE INPS		
NUMERO PRATICA		



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - PENSIONI

Data

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SINDACALI (facoltativo)

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

AUTORIZZO

l'INPS, ai sensi dell'art. 23 *octies* della Legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sulle rate mensili della pensione, compresa la tredicesima mensilità, al netto dei trattamenti di famiglia, le quote previste. L'importo di tale trattenuta deve essere versato quale quota di contributo al:

Sindacato

ACCETTO

che la presente delega si intenda tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca che produrrà i suoi effetti dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta alla sede INPS che ha in carico la pensione.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D. Lgs 196/2003).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE L'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

Ulteriore documentazione da allegare:

- Certificato di morte dell'iscritto;
- Stato di famiglia al giorno della morte dell'iscritto;
- Estratto riassuntivo di atto di matrimonio;
- Nel caso di figli maggiorenni dediti agli studi, inviare certificato di iscrizione all'università nei limiti della loro durata minima legale, certificato che va ripetuto annualmente;
- Dichiarazione con la quale il/la richiedente e gli altri superstiti attestano che non esistono altri aventi titolo alla pensione ai superstiti.

Autorizzo gli Enti interessati a utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (*D. Lgs 196/2003*).

Allego, in applicazione dell'art. 38 del T.U. approvato con D.P.R. 445/2000, copia (*fronte e retro*) del documento di identità/ riconoscimento.

Firma