



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 INDIRETTA PER TOTALIZZAZIONE
(Decreto legislativo 2 febbraio 2006, n. 42)

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 [grid]

Residente in (via/piazza) Comune

Prov. CAP [grid] Telefono Cellulare

E-mail E-mail PEC

CHIEDO

la liquidazione della pensione indiretta per totalizzazione. A tal fine,

DICHIARO

che l'iscritto/a:

Cognome Nome

Codice Fiscale [grid] 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 i superstiti hanno prodotto i seguenti redditi:

| 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.

DICHIARO

A di essere a conoscenza che la totalizzazione 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.

Le domande di reversibilità di pensioni dirette in totalizzazione, vanno sempre presentate all'INPS.

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

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale Telefono E-mail / Pec

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

Di non volere beneficiare delle detrazioni d'imposta.

Di volere l'applicazione di una aliquota Irpef più elevata, calcolando l'imposta lorda con la sola aliquota indicata e non a scaglioni di reddito, rinunciando alle detrazioni di imposta (mi impegno a rinnovare la richiesta ogni anno)

[scegliere una tra le possibili aliquote]

23 35 43

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, **SI** o **NO**, tutte le caselle e, in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste]

- SI NO Detrazione per redditi da pensione.
- SI 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 e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.
- SI NO Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato.

(Dal 2025 i contribuenti che non sono cittadini italiani o di uno Stato membro dell'UE o del SEE non potranno beneficiare delle detrazioni per familiari a carico residenti all'estero).

DATI DEL CONIUGE DA INDICARE ANCHE SE NON A CARICO:**(SE IL CONIUGE È A CARICO INDICARE:)**

Data del matrimonio / / DAL MESE DI: AL MESE DI:

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DETRAZIONI PER FIGLI A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E 30 ANNI

DETRAZIONE PER IL PRIMO FIGLIO NON DISABILE, IN ASSENZA DEL CONIUGE, DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E 30 ANNI

| | | | | | |
|---|--|--------------|----------------------|-------------|----------------------|
| DATI RELATIVI AL PRIMO FIGLIO FISCALMENTE A CARICO | | DAL MESE DI: | <input type="text"/> | AL MESE DI: | <input type="text"/> |
| Cognome | | Nome | | | |
| Nato/a il | | a | Prov. | C.F. | |

DATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERCENTUALE A CARICO | | DAL MESE DI: | | DISABILE: | |
| <input type="button" value="50%"/> | <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="SI"/> | <input type="button" value="NO"/> |
| Cognome | | Nome | | | |
| Nato/a il | | a | Prov. | C.F. | |

DATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERCENTUALE A CARICO | | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | DISABILE: | |
| <input type="button" value="50%"/> | <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="SI"/> | <input type="button" value="NO"/> |
| Cognome | | Nome | | | |
| Nato/a il | | a | Prov. | C.F. | |

DATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERCENTUALE A CARICO | | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | DISABILE: | |
| <input type="button" value="50%"/> | <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="SI"/> | <input type="button" value="NO"/> |
| Cognome | | Nome | | | |
| Nato/a il | | a | Prov. | C.F. | |

DATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERCENTUALE A CARICO | | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | DISABILE: | |
| <input type="button" value="50%"/> | <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="SI"/> | <input type="button" value="NO"/> |
| Cognome | | Nome | | | |
| Nato/a il | | a | Prov. | C.F. | |

DATI RELATIVI AL FIGLIO FISCALMENTE A CARICO DI ETÀ COMPRESA TRA 21 E, SE NON DISABILE, 30 ANNI

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| PERCENTUALE A CARICO | | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | DISABILE: | |
| <input type="button" value="50%"/> | <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="button" value="SI"/> | <input type="button" value="NO"/> |
| Cognome | | Nome | | | |
| Nato/a il | | a | Prov. | C.F. | |

**DETRAZIONI PER ALTRI FAMILIARI A CARICO CONVIVENTI E ASCENDENTI (GENITORI, NONNI, BISNONNI)
CHE POSSEGGONO UN REDDITO ANNUO NON SUPERIORE A 2.840,51 EURO
[AL LORDO DEGLI ONERI DEDUCIBILI DI CUI ALL'ARTICOLO 10 DEL TUIR]**

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------|
| PERCENTUALE A CARICO | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | |
| <input type="button" value="50%"/> <input checked="" type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Cognome | | Nome | |
| Nato/a il | | Prov. | C.F. |

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------|
| PERCENTUALE A CARICO | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | |
| <input checked="" type="button" value="50%"/> <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Cognome | | Nome | |
| Nato/a il | | Prov. | C.F. |

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------|
| PERCENTUALE A CARICO | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | |
| <input type="button" value="50%"/> <input checked="" type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Cognome | | Nome | |
| Nato/a il | | Prov. | C.F. |

DATI DI ALTRO FAMILIARE ASCENDENTI E CONVIVENTI FISCALMENTE A CARICO:

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|-----------|
| PERCENTUALE A CARICO | DAL MESE DI: | AL MESE DI: | |
| <input checked="" type="button" value="50%"/> <input type="button" value="100%"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Cognome | | Nome | |
| Nato/a il | | 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

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE
IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

 Codice Fiscale

Residente in via/piazza

 Comune Prov. CAP
CHIEDO

il pagamento della pensione presso:

UFFICIO POSTALE DI: [.....] **N.** [.....]

INDIRIZZO

COMUNE CAP PROV.

 CODICE ABI CODICE CAB/FRAZIONARIO *(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)*
ALLO SPORTELLO IN CONTANTI *(solo per importi fino a 1.000 euro; art. 12, Legge 22/12/2011, n. 214)*
*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 dell'Ufficio Postale:*
SUL MIO CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO

 IBAN: BIC:

DATA

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

FIRMA DEL FUNZIONARIO

SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.

DATA

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

FIRMA DEL FUNZIONARIO

SU CARTA PREPAGATA

ABI

CAB

NUMERO CARTA

DATA

TIMBRO DELL'UFFICIO POSTALE

FIRMA DEL FUNZIONARIO

| | | |
|--|----------------------------|---|
| BANCA [..... | AGENZIA N. [..... | |
| INDIRIZZO | | |
| COMUNE | CAP | PROV. |
| CODICE ABI | CODICE CAB | (I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca) |
| ALLO SPORTELLO IN CONTANTI <i>(solo per importi fino a 1.000 euro; art. 12, Legge 22/12/2011, n. 214)</i> | | |
| <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> | | |
| 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: [..... | [..... | |
| 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 M F

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