



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

Data .....

DOMANDA DI INTERVENTO IN CASO DI DECESSO

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

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a ..... Prov. ....

Codice Fiscale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Telefono ..... E-mail .....

In qualità di: [ ]
(relazione di parentela con il de cuius)

DATI DEL DE CUIUS

Cognome ..... Nome ..... deceduto il .....

CHIEDO

il pagamento di una somma una tantum ai sensi dell'articolo 7 del Regolamento per i trattamenti assistenziali e di tutela sanitaria integrativa

DICHIARO

(contrassegnare le sole caselle corrispondenti alle ipotesi che interessano)

- Di essere l'unico erede legittimo
Di essere erede legittimo e che esistono altri eredi legittimi che dichiarano quanto segue:

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a ..... Prov. ....

Codice Fiscale [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Telefono .....

Residente in via/piazza .....

Comune ..... Prov. .... CAP [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

DICHIARO

di essere erede legittimo del de cuius in quanto:
(indicare relazione di parentela)

[ ]

Firma erede .....

**IO SOTTOSCRITTO/A**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a ..... Prov. ....

Codice Fiscale  Telefono .....

Residente in via/piazza .....

Comune ..... Prov. .... CAP **DICHIARO**

di essere titolare di quota parte dell'eredità nella misura del \_\_\_\_\_ % e di avere la seguente relazione di parentela con il pensionato:

**Firma erede** .....**IO SOTTOSCRITTO/A**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a ..... Prov. ....

Codice Fiscale  Telefono .....

Residente in via/piazza .....

Comune ..... Prov. .... CAP **DICHIARO**

di essere titolare di quota parte dell'eredità nella misura del \_\_\_\_\_ % e di avere la seguente relazione di parentela con il pensionato:

**Firma erede** .....**IO SOTTOSCRITTO/A**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il ..... a ..... Prov. ....

Codice Fiscale  Telefono .....

Residente in via/piazza .....

Comune ..... Prov. .... CAP **DICHIARO**

di essere titolare di quota parte dell'eredità nella misura del \_\_\_\_\_ % e di avere la seguente relazione di parentela con il pensionato:

**Firma erede** .....

**DICHIARO INOLTRE:**

che oltre ai suddetti coeredi non esistono altri aventi diritto.

A tal fine,

**CHIEDO**

che la somma *una tantum* venga corrisposta mediante *(contrassegnare l'ipotesi scelta)*:

pagamento congiunto, intestato al solo seguente erede delegato  
*(Allegare delega degli altri eredi aventi diritto, con firma autenticata dalle autorità competenti)*

Cognome  Nome

Codice Fiscale

**OVVERO**

pagamento disgiunto, intestato ad ogni singolo erede.  
*(In tal caso ogni singolo erede dovrà trasmettere il modulo relativo alle "Modalità di pagamento" come riportato alla pagina seguente).*

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 .....

**Allego:**

- 1 - copia (*fronte e retro*) di un documento di identità in corso di validità;
- 2 - copia del certificato di morte con stato di coniugio (*in presenza di coniuge superstite*);
- 3 - copia atto notorio o dichiarazione sostitutiva debitamente compilata anche dal Comune o dal Municipio di appartenenza, attestanti la mancanza di altri eredi aventi titolo a quote di riserva. In caso di successione legittima è sufficiente integrare il suddetto atto o dichiarazione con l'indicazione di tutti gli eredi legittimi.



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

Data .....

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

### IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome  Nome

Codice Fiscale

### CHIEDO

che il pagamento venga effettuato tramite accredito su conto corrente bancario o postale a me intestato.

Cognome e Nome: .....

IBAN:

Banca/Posta:

Agenzia:

Firma .....



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

Data .....

**DELEGA PER LA RISCOSSIONE**

**IO SOTTOSCRITTO / A**

Cognome  Nome

Nato/a il:  a:  Prov.

**DELEGO**

la persona sottoindicata a riscuotere a mio nome e vece quanto dovuto, esonerando la Cassa e l'Ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo.

DATI DEL DELEGATO	
Cognome .....	Nome .....
Nato/a il .....	a ..... Prov. ....
Codice Fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefono .....
Residente in via/piazza .....	
Comune .....	Prov. .... CAP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Firma .....

**Spazio riservato all'autentica della firma**

*Alla autentica della firma possono provvedere: il notaio, il cancelliere, il segretario comunale o altro funzionario incaricato dal Sindaco; per i residenti all'estero l'Autorità consolare italiana.*