iPost

Mod. PSOI

Istituto Postelegrafonici
Gestione Previdenziale
Viale Asia 67
00144 ROMA

**Richiesta Pensione ai superstiti**

**(Barrare la voce che interessa)**

| Protocollo |
|---|
| |

- ☐ **Pensione di Reversibilità**
- ☐ **Pensione Indiretta**

- ☐ **Orfano maggiorenne inabile**

## Il/la sottoscritto/a

| Dati anagrafici | | |
|---|---|---|
| | Cognome | |
| | Nome | |
| | Nato/a il | (gg/mm/aaa) |
| | A | Prov. |

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

**Quale ORFANO MAGGIORENNE INABILE di:**

| Dati iscritto deceduto | | |
|---|---|---|
| | Cognome | |
| | Nome | |
| | Nato/a il | (gg/mm/aaa) |
| | 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/aaa) |
| | A | Prov. |
| | Codice fiscale | |
| | Deceduto/a il | (gg/mm/aaa) |
| | ☐ Che il coniuge ha diritto a pensione | ☐ Senza lasciare coniuge superstite |
| | ☐ Senza lasciare coniuge con diritto a pensione | ☐ Che il coniuge ha successivamente perduto il diritto a pensione dal …… |

| Inabilità | |
|---|---|
| | ☐ di essere totalmente e permanentemente inabile (allega il relativo certificato medico rilasciato dalla Commissione Sanitaria competente) |

| Stato civile | |
|---|---|
| | ☐ di essere celibe/ nubile |

| Paternità maternità | | |
|---|---|---|
| | Che è nato/a da: | |
| | paternità | |
| | maternità | |

| Matrimonio genitori | |
|---|---|
| | Che i propri genitori hanno contratto matrimonio il …… …….<br>a …….. Prov…... |

| Figli | |
|---|---|
| | ☐ Che non esistono altri figli aventi diritto alla reversibilità |
| | ☐ 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 | |
|---|---|
| | ☐ che……titolare della pensione n°……..categoria……<br>concessa da …….. |

| Reddito | Che nell'anno: ……..(anno di morte dell'iscritto) era a suo carico, convivente e |
|---|---|
| | ☐ Non ha posseduto o non possiede alcun reddito |
| | ☐ 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**

iPost

Allegato 1

# 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 <u>RICHIESTE</u> LE DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANN0 _____**

| | | |
|---|---|---|
| | 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 possegga 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.

iPost



## 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** | ☐ | **Di non godere della pensione INPS** | | |
| | ☐ | **Di godere della pensione INPS dal** | **Categoria** | **Numero** |

| **Barrare con una X solo le caselle interessate** | | |
|---|---|---|
| **Stato civile** | | di essere CELIBE/NUBILE |
| | | di essere VEDOVO/A |
| | | di essere SEPARATO/A |
| | | 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.

iPost

**Riscossione presso sportello postale**

## Il/la sottoscritto/a

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Cognome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## CHIEDE

**di poter riscuotere la pensione presso un qualsiasi sportello Postale sul territorio Nazionale.**

Luogo e Data

_____

Firma

_____

**Avvertenze per il titolare** ai fini della riscossione della pensione presso lo sportello dell'ufficio postale occorre esibire un documento valido di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale.

**Avvertenze per il delegato** ai fini della riscossione della pensione presso lo sportello dell'ufficio postale occorre esibire un documento valido di riconoscimento, fotocopia del codice fiscale, documento e codice fiscale del titolare della pensione.

**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.

iPost

Mod. IPOST CARD

**Istituto Postelegrafonici**
**Servizio Previdenza**
**Viale Trieste 237**
**61100 PESARO**

| Protocollo |
|---|
| |

**Richiesta Accredito della Pensione**
**su IPOST CARD**

## Il/la sottoscritto/a

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Domicilio | Via | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N.ro | | | |
| | Città | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Prov. | | | |
| | Cap | | | | | | Numero Telefonico | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Chiede l'accreditamento, in via continuativa, dell'importo della pensione sulla propria IPOST CARD**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **rilasciata presso l'Ufficio Postale relativo al frazionario numero** | | | | | | | | | | | | |
| | **relativa al DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE numero** | | | | | | | | | | | | |

**<u>Attenzione la seguente richiesta va inoltrata solo dopo aver attivato l'Ipostcard presso l'ufficio postale</u>**

**Dichiara**

a) di essere il Titolare della pensione e della IPOST Card sulla quale, con il presente modulo, ne richiede l'accredito;
b) di impegnarsi 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 emolumenti accessori;
c) di essere a conoscenza 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;
d) di autorizzare Poste Italiane, su disposizione di IPOST, a prelevare d'ufficio le somme erroneamente o indebitamente accreditate sulla IPOST Card sopraindicata, con effetto anche nei confronti di eventuali eredi.
e) di essere a conoscenza che la richiesta di accredito della pensione può essere revocata solo dal sottoscritto titolare della pensione.

Data _____ Firma del titolare della pensione_____

**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 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

iPost

Allegato 7

# Delega per la riscossione della pensione

**Io sottoscritto/a**

| | |
|---|---|
| Cognome | |
| Nome | |

## Delego

**La persona sotto indicata a riscuotere, in mio nome e vece, quanto dovutomi in relazione alla pensione**

| Dati del Delegato | |
|---|---|
| Cognome | |
| Nome | |
| Nato/a il | (gg/mm/aaaa) |
| A | Prov. |
| Codice Fiscale | |

| Domicilio | |
|---|---|
| Via | n.ro |
| Città | Prov. |
| Cap | Numero Telefonico |
| E-mail | |

Luogo e data _____ Firma del delegante_____

Io sottoscritto _____ Funzionario preposto

**ATTESTO CHE**

Il delegante sig. _____

Identificato a mezzo _____

| | |
|---|---|
| | (eventuale) Impossibilitato a firmare |
| | Poiché impedito per cause di natura fisica |
| | Poiché incapace di scrivere |

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e l'obbligo di comunicare tempestivamente all'Ipost 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'Ipost e dell'ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo

Data _____ Timbro _____ Firma _____

**La firma del delegante deve essere autenticata a norma dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000**

**DICHIARAZIONE DEL DELEGATO**

Io sottoscritto/a dichiaro di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare ogni qualsiasi variazione così come disposto dall'art. 34 della Legge 29/04/76 numero 177.

**"E' fatto obbligo al titolare della pensione o di assegno rinnovabile di comunicare all'IPOST il verificarsi di qualsiasi evento che comporti la cessazione del pagamento ovvero la riduzione o la sospensione degli assegni accessori. Analogo obbligo è fatto anche al rappresentante volontario per gli eventi di cui egli possa essere a conoscenza per motivi inerenti all'incarico a lui conferito.**

**Il delegato risponde dei danni eventualmente arrecati dall'omessa o tardiva comunicazione di cui al precedente comma**

Data _____ Firma del Delegato _____

**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 |