

ISTRUZIONI PER LA DOMANDA DI PENSIONE CON IL CUMULO DEI CONTRIBUTI (LEGGE 228/2012, MODIFICATA DA LEGGE 232/2016)

E' possibile cumulare i periodi contributivi, accreditati presso più Enti previdenziali obbligatori, per ottenere un'unica pensione.

I periodi non devono essere coincidenti. Gli Enti, ciascuno per la propria parte, determinano il trattamento secondo le proprie regole di calcolo.

PENSIONE DI VECCHIAIA IN CUMULO:

CHI PUÒ CHIEDERE LA PENSIONE ALL' ENPAF?

Gli iscritti che:

- non sono già pensionati (presso l'Enpaf o altre gestioni previdenziali obbligatorie);
- possiedono il requisito dell'età anagrafica previsto per la pensione di vecchiaia Enpaf (pari a 68 anni e quattro mesi di età. A decorrere dal 1° gennaio 2019 l'età pensionabile verrà incrementata di ulteriori 5 mesi, successivamente ulteriori eventuali adeguamenti avranno cadenza biennale);
- se nati dopo il 1949, possiedono il requisito dell'attività professionale, pari a due anni ogni tre di contribuzione, fino ad un massimo di venti;
- maturano con il cumulo un'anzianità contributiva di 30 anni.

PENSIONE ANTICIPATA IN CUMULO:

CHI PUÒ CHIEDERE LA PENSIONE ALL'ENPAF?

Gli iscritti che:

- non sono già pensionati (presso l'Enpaf o altre gestioni previdenziali obbligatorie);
- se nati dopo il 1949, possiedono il requisito dell'attività professionale, pari a due anni ogni tre di contribuzione, fino ad un massimo di venti;
- maturano con il cumulo un'anzianità contributiva di :

- 42 anni e 10 mesi* (uomini)

- 41 anni e 10 mesi* (donne)

Ai fini del conteggio dell'anzianità contributiva bisogna prendere come riferimento la data di iscrizione o cancellazione dall'Ordine Professionale di appartenenza, anche se ai fini della misura l'anno viene considerato intero, in quanto, in seguito all'entrata in vigore della procedura informatica CUMUL, i dati assicurativi riferiti a giorno mese ed anno, vengono acquisiti tramite ECI (Estratto Conto Integrato del Casellario Lavoratori Attivi) non modificabile da parte dell'Ente.

Si precisa che gli anni relativi al riscatto degli studi universitari effettuato presso l'Enpaf, nonché di iscrizione alla previdenza aggiuntiva, non possono essere utilizzati ai fini del raggiungimento dei requisiti minimi di iscrizione e contribuzione prescritti per il diritto alla pensione, ma solo ai fini dell'incremento del trattamento pensionistico.

* i requisiti di anzianità contributiva sono validi per il 2017 e 2018, A decorrere dal 1° gennaio 2019 l'anzianità contributiva verrà incrementata di ulteriori 5 mesi, successivamente ulteriori eventuali adeguamenti avranno cadenza biennale

All' ENTE / CASSA

Protocollo

DOMANDA DI PENSIONE IN CUMULO ANTICIPATA - VECCHIAIA

(ai sensi della L. n.228/2012 modificata dalla L. 232/2016)

Cognome		Nome	
Codice fiscale		data di nascita	
Comune (o Stato Estero) di nascita		prov.	
Comune residenza		prov.	Stato
Via/Piazza		n.	cap
numero telefonico		e-mail	

Informazioni sullo stato civile

Barrare la casella corrispondente

<input type="checkbox"/>	Celibe/Nubile	
<input type="checkbox"/>	Separato/a	dal _____
<input type="checkbox"/>	Vedovo/a	dal _____
<input type="checkbox"/>	Coniugato/a	dal _____
<input type="checkbox"/>	Divorziato/a	dal _____

Dati del coniuge

Cognome		Nome	
Codice fiscale		data di nascita	
Comune (o Stato Estero) di nascita		prov.	

CHIEDO LA LIQUIDAZIONE DELLA PENSIONE **ANTICIPATA** **VECCHIAIA**
SI FORNISCONO LE SEGUENTI NOTIZIE:

A) Ufficio pagatore -

CHIEDO il pagamento della pensione presso:

A_1) **Banca** **Ufficio Postale**

Agenzia _____ indirizzo _____

Coordinate: Codice ABI _____ Codice CAB _____

A_2) in caso di pagamento con le seguenti modalità:

- riscossione allo sportello
- accredito su c/c nominativo
- libretto a risparmio nominativo
- carta prepagata Banca Intesa

è necessario presentare il modello AP03 (pagamento presso Banca) o AP04 (pagamento presso Posta) convalidato dall'Ufficio Pagatore, in caso di modalità di pagamento diverse dalla riscossione allo sportello.

A_3) in caso di delega alla riscossione della pensione, compilare il mod. AP14

--

B) CARRIERA ASSICURATIVA

Ente	Tipo contribuzione	dal	al

B_1) Periodi di lavoro svolti all'estero

Stato	dal	al	Cassa estera

B_2) Richiesta di accredito figurativo presentata il _____
presso _____

B_3) Domanda di riscatto presentata il _____
presso _____

B_4) Domanda di ricongiunzione presentata il _____
presso _____

C) ATTIVITA' LAVORATIVA

- NON svolgo** alcuna attività lavorativa dal (gg/mm/aaaa) _____
- SVOLGO** attività lavorativa autonoma o professionale in qualità di _____
- CESSERO** l'attività di lavoro autonomo o professionale il (gg/mm/aaaa) _____
- CESSERO** l'attività lavorativa dipendente il _____

D) Redditi da lavoro autonomo, professionale, parasubordinato, d'impresa e redditi di partecipazione in società e imprese

Anno	dal	al	importo euro

E) Situazione pensionistica

- sono già titolare di pensione diretta presso _____
- ho presentato domanda di pensione diretta presso _____

F) Richiesta detrazioni. SI NO

SI NO

- Detrazione per redditi da pensione
- Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
- Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge
- Detrazione nella misura del 50% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni
- Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni
- Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età inferiore ai tre anni
- Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati portatori di handicap
- 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
- 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).
- 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.
- Per i residenti nella regione Veneto:** aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto sono disabile o ho a carico fiscalmente un disabile e possiedo un reddito non superiore a 45.000,00 euro (legge regionale 26 novembre 2005, n. 19). Per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.
- Per i residenti nella regione Lombardia:** aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto possiedo un reddito annuo derivante esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili, non superiore a 10.329,14 euro (legge regionale 14 luglio 2003, n. 10).

F) Scelta del patronato

DELEGO il patronato _____ con codice _____, presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art.47 del c.c. a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'INPS 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.

Firma _____

G) Delega per la riscossione delle quote sindacali

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.

Firma _____

Dichiaro che tutte le informazioni fornite con questa domanda sono veritiere e mi impegno a comunicare, entro trenta giorni, qualsiasi variazione.

Data _____

Firma del richiedente _____

Documento _____ numero _____

Rilasciato da _____ in data _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L' E.N.P.A.F. con sede in Roma, viale Pasteur, 49, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che entrerà in possesso di dati personali che la riguardano, da lei direttamente forniti o provenienti da terzi allo scopo autorizzati.

Tutti i dati personali, compresi quelli sensibili e giudiziari, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di adempiere ad obblighi derivanti da leggi, regolamenti o normativa comunitaria e di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e sanitaria.

Il trattamento dei dati personali avverrà ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, con e senza l'ausilio di strumenti elettronici e attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente il trattamento potrà essere effettuato da altri soggetti che forniscono specifici servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'ENPAF, con garanzia e rispetto delle norme a tutela della riservatezza e sicurezza. Costoro operano in qualità di Responsabili del trattamento, in tal senso designati dall'Istituto, oppure in totale autonomia come distinti Titolari.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

I suoi dati personali sensibili e giudiziari potranno essere comunicati ad Istituti di credito o agli Uffici Postali; ad altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria; agli organi giudiziari e di polizia; inoltre, nel pieno rispetto di quanto previsto dall'articolo 19 del Codice, i dati personali diversi da quelli sensibili e giudiziari potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o a soggetti privati. I dati personali saranno diffusi solo se previsto da una norma di legge o di regolamento; i dati sanitari non potranno essere diffusi.

L' E.N.P.A.F. la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi ai Responsabili del trattamento.

Data _____

Firma _____

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

Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane

Cognome						
Nome						
Codice fiscale				data di nascita		
Comune (o Stato Estero) di nascita					prov.	
Comune residenza					prov.	
Via/Piazza			n.		cap	

Titolare della pensione n.		categoria	
-----------------------------------	--	------------------	--

Chiedo il pagamento presso

Ufficio Postale	n.	
Via	cap	città

Barrare la casella corrispondente

<input type="checkbox"/>	Allo sportello	cod. ABI _____	cod. CAB/FRAZIONARIO _____
--------------------------	-----------------------	----------------	----------------------------

Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente postale o su libretto di risparmio nominativo, è necessaria la compilazione del quadro sottostante da parte dell'Ufficio Postale.

<input type="checkbox"/>	Sul mio Libretto di Risparmio nominativo	cod. ABI _____	cod. CAB/FRAZIONARIO _____
		numero di libretto _____	
data	timbro Ufficio Postale	Firma del funzionario	

Sul mio conto corrente postale nominativo

COORDINATE POSTALI

Codice IBAN	Codice BIC

cod. ABI

cod. CAB/FRAZIONARIO

data	timbro Ufficio Postale	Firma del funzionario

Dichiaro che tutte le informazioni presenti sono vere e mi impegno a comunicare all'Inps, entro trenta giorni dalla presentazione di questa domanda, qualsiasi variazione.

Data _____

Firma _____

Richiesta di pagamento della pensione presso banca

Cognome		Nome	
Codice fiscale		data di nascita	
Comune (o Stato Estero) di nascita		prov.	
Comune residenza		prov.	
Via/Piazza		n.	cap.
numero telefonico		e-mail	
Titolare della pensione n.		categoria	

Chiedo il pagamento presso

Banca	Agenzia n.
Via	cap città

Barrare la casella corrispondente

Allo sportello
 Assegno circolare
 codice ABI _____
 codice CAB _____

Qualora il pagamento della pensione debba essere effettuato con accredito su conto corrente bancario, su libretto di risparmio nominativo o su carta prepagata, è necessaria la compilazione del relativo quadro sottostante da parte della Banca.

Sul mio conto corrente bancario nominativo

COORDINATE BANCARIE

Codice IBAN	Codice BIC	
data	timbro della banca	firma del funzionario

Sul mio libretto risparmio nominativo

Libretto di risparmio nominativo n.

COORDINATE BANCARIE

Codice IBAN	Codice BIC	
data	timbro della banca	firma del funzionario

(da compilare solo se vengono utilizzati tali codici)



Su carta prepagata (solo per Banca Intesa nelle città di Bolzano, Cagliari, Imperia, Pavia, Pomezia, Potenza, Salerno, Vigevano).

Banca INTESA

Agenzia n.

Via

CAP

Città

COORDINATE BANCARIE

Codice **ABI**

Codice **CAB**

Numero **CARTA**

03069

data

timbro della banca

firma del funzionario

Dichiaro che tutte le informazioni presenti sono vere e mi impegno a comunicare all'Inps, entro trenta giorni dalla presentazione di questa domanda, qualsiasi variazione.

Data _____

Firma _____

Delega per la riscossione della pensione

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome			
	Nome			
	Codice fiscale			

DELEGO

la persona sottoindicata a riscuotere quanto dovutomi in relazione alla pensione

Dati della persona delegata:

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

residente in

Residenza	Città		Prov.		Stato	
	Via/Piazza					
	C.A.P.		Numero Telefonico			
	e-mail					

Luogo e data

Firma del delegante

, li

Io sottoscritto			
Funzionario incaricato			
ATTESTO CHE			
Il delegante sig.			
Identificato a mezzo			
<input type="checkbox"/> (eventuale) Impossibilitato a firmare <input type="checkbox"/> poiché impedito per cause di natura fisica <input type="checkbox"/> poiché incapace di scrivere			
a conoscenza delle sanzioni previste dall'art.49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e dell'obbligo di comunicare tempestivamente all'INPS competente 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 (gg/mm/aaaa)		Timbro	Firma

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.445/2000. 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.

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

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL POSSESSO DEL REQUISITO
DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE AI FINI PENSIONISTICI**

Mod. ATTPROF/CUMULO
RACCOMANDATA A/R

Spett.le E.N.P.A.F.
Viale Pasteur, 49
00144 ROMA

Il/la sottoscritt...Dr
nat il a
residente in via n CAP.....
città provincia
recapito telefonico

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 del D.P.R.28.12.2000 n.445) **dichiara** (ai sensi degli artt. 46, 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445) di aver svolto attività professionale come di seguito specificato:

(indicare giorno/mese/anno):

Dal^{a)}..... al con la qualifica di
presso^{b)c)}
informazione riscontrabile presso.....

Dal al con la qualifica di
presso.....
informazione riscontrabile presso.....

Dal al con la qualifica di
presso.....
informazione riscontrabile presso.....

Dal al con la qualifica di
presso.....
informazione riscontrabile presso.....

Dal al con la qualifica di
presso.....
informazione riscontrabile presso.....

Il/la sottoscritt _____ **DICHIARA**, inoltre, di aver preso visione dell'informativa resa all'interessato ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni.

Data _____

Firma _____
(la firma non è soggetta ad autenticazione)

Allegare copia di un valido documento di identità

^{a)} Indicare giorno/mese/anno.

^{b)} Precisare il datore di lavoro (persona fisica, azienda o ente pubblico).

^{c)} In caso di titolarità di farmacia, di collaborazione in impresa familiare, di associazione in partecipazione agli utili, o di società, indicare la denominazione dell'azienda.

**N.B. INDICARE NELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA GLI ELEMENTI UTILI AD IDENTIFICARE LA PUBBLICA
AMMINISTRAZIONE OVVERO IL GESTORE DI PUBBLICO SERVIZIO, PRESSO IL QUALE E' POSSIBILE EVENTUALMENTE
RISCONTRARE LA DICHIARAZIONE MEDESIMA.**