



**QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLE DOMANDE DI PRESTAZIONI  
DI VECCHIAIA, INVALIDITA' E INABILITA' REGIME C.E.E.**

Con il presente questionario l'INPS desidera conoscere il maggior numero di informazioni possibili sulla Sua vita lavorativa all'estero.

Le notizie che Le chiediamo, unitamente ai documenti assicurativi in Suo possesso che allegherà al presente questionario, sono indispensabili per accertare nel più breve tempo possibile, presso le Istituzioni degli Stati in cui Lei ha prestato attività lavorativa, il diritto alla pensione di vecchiaia o di invalidità in regime C.E.E. che ha richiesto.

**I nostri uffici sono a Sua disposizione per qualsiasi informazione.**

Se preferisce, potrà rivolgersi ad uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge che Le daranno assistenza completamente gratuita per tutto ciò che attiene la compilazione, l'inoltro della pratica di pensione e i rapporti con i nostri uffici per la definizione della stessa.

Richiedente la pensione		(cognome e nome)	(cognome del coniuge)
nato/a il	a		Prov.
cittadinanza (1)		data di naturalizzazione	
residente a		C.A.P.	
Via	n.	telefono	stato
coniugato/a (2) il		con	
vedovo/a dal		separato/a dal	
divorziato/a dal		rimaritato/a dal	
<b>NOTE</b>			
(1) Alleghi la relativa certificazione o la dichiarazione sostitutiva. Qualora il richiedente non sia più in possesso della cittadinanza di uno dei Paesi della C.E.E., è sufficiente che dimostri di averla avuta quando prestava attività lavorativa nei suddetti Paesi.			
(2) In caso di convivenza, i richiedenti la pensione a carico dei Paesi Bassi, dell'Islanda, della Finlandia, della Norvegia e del Belgio dovranno fornire le notizie sul/la convivente negli allegati al presente modulo riguardanti i suddetti Stati.			

Indichi con una X lo Stato o gli Stati in cui l'assicurato o il pensionato ha lavorato o ha risieduto.

- |                                                             |                                             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A = AUSTRIA                        | <input type="checkbox"/> IS = ISLANDA       |
| <input type="checkbox"/> B = BELGIO                         | <input type="checkbox"/> FL = LIECHTENSTEIN |
| <input type="checkbox"/> DK = DANIMARCA                     | <input type="checkbox"/> L = LUSSEMBURGO    |
| <input type="checkbox"/> FIN = FINLANDIA                    | <input type="checkbox"/> N = NORVEGIA       |
| <input type="checkbox"/> F = FRANCIA                        | <input type="checkbox"/> NL = PAESI BASSI   |
| <input type="checkbox"/> D = GERMANIA                       | <input type="checkbox"/> P = PORTOGALLO     |
| <input type="checkbox"/> GB = GRAN BRETAGNA E IRL. DEL NORD | <input type="checkbox"/> E = SPAGNA         |
| <input type="checkbox"/> GR = GRECIA                        | <input type="checkbox"/> S = SVEZIA         |
| <input type="checkbox"/> IRL = IRLANDA (Eire)               | <input type="checkbox"/> CH = SVIZZERA      |

**Per ogni Stato fornisca le notizie richieste al QUADRO 1.**

**QUADRO 1****NOTIZIE CONCERNENTI I PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA**

Stato dove ha lavorato o risieduto

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove ha lavorato o risieduto

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove ha lavorato o risieduto

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove ha lavorato o risieduto

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

**ATTENZIONE:** SE LEI HA LAVORATO IN AUSTRIA - BELGIO - DANIMARCA - FINLANDIA -FRANCIA - GERMANIA - GRECIA - ISLANDA - LIECHTENSTEIN - NORVEGIA - PAESI BASSI - PORTOGALLO - REGNO UNITO - SPAGNA - SVEZIA, DOPO AVER COMPILATO IL PRESENTE QUADRO 1 FORNISCA LE ULTERIORI NOTIZIE RICHIESTE NEGLI APPOSITI ALLEGATI RELATIVI AI SUDDETTI STATI

## O DI RESIDENZA ALL'ESTERO DELL'ASSICURATO O PENSIONATO DEFUNTO

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

### NOTE

1. Indichi "dipendente", se ha lavorato alle dipendenze di terzi, "autonoma" in tutti gli altri casi, specificando il tipo di attività autonoma svolta. Non indichi niente in caso di sola residenza.
2. Indichi se si tratta di assicurazione obbligatoria o volontaria.
3. Indichi l'Istituzione estera presso la quale può far valere periodi di assicurazione.
4. Indichi con esattezza il numero di matricola o di assicurazione estera che è rilevabile dai documenti assicurativi esteri in Suo possesso e, per la Danimarca, la Svezia e la Norvegia, il numero di identificazione personale. Questi dati sono fondamentali ai fini della ricostruzione della carriera assicurativa estera, in particolare per chi ha lavorato in Francia e in Germania.



**FIGLI**

## A) Dati anagrafici dei figli:

Cognome, nome e condizione (7)	Luogo e data di nascita, matrimonio o morte	Relazione di parentela (8)
1 _____ a carico?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	nato/a _____ il coniugato/a _____ il deceduto/a _____ il	
2 _____ a carico?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	nato/a _____ il coniugato/a _____ il deceduto/a _____ il	
3 _____ a carico?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	nato/a _____ il coniugato/a _____ il deceduto/a _____ il	
4 _____ a carico?      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	nato/a _____ il coniugato/a _____ il deceduto/a _____ il	

## B) Indirizzo dei figli:

I figli risiedono con il richiedente la pensione?      SI            NO      

Se "NO" indichi l'indirizzo del/i figlio/i:

1 Cognome e nome Via	N°	C.A.P.	Città
2 Cognome e nome Via	N°	C.A.P.	Città
3 Cognome e nome Via	N°	C.A.P.	Città
4 Cognome e nome Via	N°	C.A.P.	Città

## C) Redditi dei figli (indicare gli importi annuali)

	Attività lavorativa e Retribuzione (7)	Pensioni o indennità	altri redditi (10)    specificare la natura
Figlio N° 1	dipendente      autonoma €	€	€
Figlio N° 2	dipendente      autonoma €	€	€
Figlio N° 3	dipendente      autonoma €	€	€
Figlio N° 4	dipendente      autonoma €	€	€

Vengono erogate prestazioni familiari per qualche figlio?      SI      NO

In caso affermativo indicare:

• il genitore o la persona che riceve le prestazioni

• nome del figlio      €

• nome del figlio      €

7. Indicare se si tratta di figlio disabile, studente, apprendista, etc..

8. Indicare se si tratta di figlio legittimo, naturale o adottivo

9. Si devono dichiarare tutti i redditi ad eccezione delle indennità di buonuscita, prestazioni familiari, arretrati salariali, rendite vitalizie per infortuni sul lavoro o malattie professionali, pensioni di guerra, pensioni per infortuni occorsi durante il servizio militare, assegno di sostentamento e cura, indennità di trasferta.

10. Per "altri redditi" si intende redditi derivanti da beni immobili o da capitali (depositi o c/c bancari e postali, titoli pubblici, fondi di investimento, azioni, obbligazioni, etc.)

• Istituzione/i responsabile/i del pagamento di dette prestazioni:

- Denominazione  
Indirizzo
- Denominazione  
Indirizzo

Il figlio menzionato al punto 1 - 2 - 3 - 4 - è inabile al lavoro.

È allegato il formulario E 404? SI  NO

**QUADRO 3 NOTIZIE RIGUARDANTI EVENTUALI PRESTAZIONI PERCEPITE DAL RICHIEDENTE LA PENSIONE**

• Beneficia delle seguenti prestazioni da parte di Enti o Organismi italiani o esteri ovvero ne ha fatto richiesta? SI  NO

Se "SI" contrassegni con X l'ipotesi che ricorre:

	ha chiesto	beneficia
a) pagamento della retribuzione in caso di malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) indennità per riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pensione di invalidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) pensione di vecchiaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) pensione ai superstiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) rendita per infortunio o malattia professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) prestazione di tipo pensionistico erogata dall'assicurazione auto obbligatoria (11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) indennità di disoccupazione o di prepensionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) prestazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) rimborso dei contributi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) trasferimento dei contributi (12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) altre prestazioni (da specificare) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Fornisca ulteriori informazioni per le prestazioni da a) a i):

Istituzione debitrice e Stato Nr. di riferimento (14)	Tipo (13)	Decorrenza dal al	Importo in Euro (15) - A;M;S;G;
			€ ( )
			€ ( )
Nr.			€ ( )
			€ ( )
			€ ( )
Nr.			€ ( )
			€ ( )
			€ ( )
Nr.			€ ( )

(11) Da indicare per le Istituzioni finlandesi.

(12) Da indicare per le Istituzioni del Liechtenstein.

(13) Riportare in questa colonna la lettera alfabetica che contraddistingue la prestazione ottenuta o richiesta.

(14) Indichi la denominazione dell'Istituzione ed il relativo indirizzo.

(15) Indicare l'importo annuale se conosciuto oppure quello mensile. Per le prestazioni a carattere settimanale o giornaliero indicare l'importo corrispondente. A seconda che si tratti di importo annuale, mensile, settimanale o giornaliero scrivere nell'apposito riquadro la lettera iniziale corrispondente: A, M, S, G.

**QUADRO 4 NOTIZIE SULL'EVENTUALE ATTIVITÀ LAVORATIVA E SUI REDDITI DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE**

Esercita ancora un'attività lavorativa retribuita? SI  NO

1. Se lavora indichi:

- a) la natura dell'attività  SUBORDINATA  AUTONOMA
- b) se in avvenire intende cessare tale attività SI  NO   
da quando: \_\_\_\_\_
- c) l'importo lordo (15) annuo del reddito da lavoro: € \_\_\_\_\_
- d) se intende differire la liquidazione della pensione estera SI  NO   
se "SI" indichi a quale data: \_\_\_\_\_

2. Se non lavora indichi:

- a) la data in cui ha cessato di lavorare: \_\_\_\_\_  
come lavoratore subordinato  come lavoratore autonomo
- b) se in avvenire intende esercitare un'attività lavorativa retribuita: SI  NO   
la natura dell'attività che prevede di esercitare SUBORDINATA  AUTONOMA   
per il lavoro autonomo, specifichi il tipo di attività \_\_\_\_\_
- c) se è inabile al lavoro SI  NO   
in caso affermativo:
- alleggi un certificato medico su modello SS3 con la data iniziale dell'infermità
  - indichi se le sue capacità funzionali sono diminuite a causa di:  
 malattia  incidente  infortunio sul lavoro  terza persona
  - indichi se ha bisogno di una terza persona per compiere gli atti usuali della vita SI  NO
- d) se dall'inizio dell'inabilità è stato sottoposto a riabilitazione professionale SI  NO   
in caso affermativo indichi:
- per svolgere quale tipo di lavoro \_\_\_\_\_
  - presso quale datore di lavoro \_\_\_\_\_
  - la data di inizio \_\_\_\_\_ e di cessazione \_\_\_\_\_ della nuova attività

e) se ha bisogno di un terza persona per compiere gli atti usuali della vita indichi i dati relativi all'assistente

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Percepisce altri redditi? SI  NO

Se "SI" indichi:

- a. la natura del reddito (es. canoni di locazione, interessi su titoli, dividendi, ecc.)  
\_\_\_\_\_
- b. l'importo lordo annuo di tale reddito: € \_\_\_\_\_

**NOTA**

(15) L'anno da prendere in considerazione è quello di presentazione della domanda di pensione.

---

**QUADRO 5      NOTIZIE SULLA RISCOSSIONE DELLA PENSIONE TRAMITE BANCA**

---

- Denominazione e indirizzo della Banca designata:
  
  - Coordinate bancarie o indirizzo per il pagamento diretto:
  
  - Nome del beneficiario noto alla Banca:
  - Codice di identificazione della Banca:
  - N.ro c/c bancario:
- 

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data

Firma \_\_\_\_\_