

11 – Domanda con specifica di modalità di accredito della pensione

ALL' E.N.P.A.L.S.
DIREZIONE GENERALE
Servizio Assicurazione I.V.S.
Viale Regina Margherita, 206
00198 – R O M A

Il/ la sottoscritto/a _____
Pensionato/Pensionando di codesto Ente con matricola n. _____
Chiede che i ratei di pensione siano corrisposti con la modalità appresso indicata
(contrassegnare la casella che interessa):

- ☐ Accredito sul c/c n. _____ presso la Banca _____
_____, Agenzia n. _____
con indirizzo _____
(Via - Corso - Piazza)
C.A.P. _____ Località _____
Codice ABI _____ Codice CAB _____
- ☐ Accredito sul c/c postale n. _____ presso UFFICIO POSTALE di _____
_____, N. _____
con indirizzo _____
(Via - Corso - Piazza)
C.A.P. _____ Località _____
Codice ABI _____ Codice CAB _____
- ☐ ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE _____

(indicare esatto indirizzo)
- ☐ ASSEGNO POSTALE NON TRASFERIBILE _____

(indicare esatto indirizzo)

Data _____

Firma del richiedente

(indirizzo)

(località)

Tel.

(N.B. Nella eventualità di riscossione con assegno, il pagamento solleva l'ENPALS da ogni responsabilità in caso di smarrimento, disguido o sottrazione dell'assegno stesso).

segue

DA UTILIZZARE NELLA EVENTUALITÀ DI CONTITOLARIETÀ DEL CONTO CORRENTE

Spett.le E.N.P.A.L.S.
DIREZIONE GENERALE
Servizio Assicurazione I.V.S.
Viale Regina Margherita, 206
00198 - R O M A

Io sottoscritto _____ (_____)
nat ____ a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ C.A.P. _____
titolare della pensione matr. _____ dichiaro di aver provveduto
all'apertura
☐ del C/C bancario n. _____ presso la Banca _____
_____ Agenzia o Filiale n. _____
sita in _____ alla Via _____
☐ del C/C postale n. _____ presso Ufficio Postale _____
_____ Agenzia o Filiale n. _____
sito in _____ alla Via _____
di cui è cointestatario, con firma disgiunta, _____ Sig. _____
_____.

(Firma del pensionato)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL CONTITOLARE DEL C/C

Io sottoscritto _____ (_____)
_____ codice fiscale
nat ____ a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ C.A.P. _____
☐ cointestatario del C/C bancario n. _____ intrattenuto presso la Banca suindicata,
☐ cointestatario del C/C postale n. _____ intrattenuto presso l'Ufficio Postale
suindicato

mi impegno a non prelevare e/o a restituire i ratei mensili di pensione se non più dovuti per il decesso
del pensionato o per altra causa.

Data _____

Firma del contitolare del C/C bancario o postale