

RICHIESTA DI RISCATTO DEL SERVIZIO MILITARE OBBLIGATORIO, SOSTITUTIVO O EQUIPARATO per SUPERSTITE di ISCRITTO

ai sensi dell'art. 22

del Regolamento dell'Ente, approvato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali il 31 marzo 2022

Il/la sottoscritto/a

NOME:

COGNOME:

RECAPITO TELEFONICO: PEC:

IN QUALITÀ DI SUPERSTITE DI ISCRITTO

deceduto senza aver maturato alcun diritto a pensione, al fine di conseguire il requisito dei 5 anni di anzianità di iscrizione all'Ente necessario per l'ammissione alla pensione indiretta,

DATI ISCRITTO DECEDUTO			
NOME:	<input type="text"/>		
COGNOME:	<input type="text"/>		
CODICE FISCALE:	<input type="text"/>	MATRICOLA EPAP:	<input type="text"/>
DATA NASCITA:	<input type="text"/>	DATA DECESSO:	<input type="text"/>

- *VISTO IL REGOLAMENTO PER IL RISCATTO DEL SERVIZIO MILITARE OBBLIGATORIO, SOSTITUTIVO O EQUIPARATO*
- *VISTI I REQUISITI NECESSARI PER L'ACCESSO ALLA PRESTAZIONE*

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 22 del Regolamento dell'EPAP

di avvalersi, della facoltà di riscatto dei seguenti periodi svolti dal *de cuius*:

- Servizio Militare **Obbligatorio** dal / / al / /
- Servizio Civile **Sostitutivo/Equiparato** al servizio militare dal / / al / /
- Servizio Militare prestato in guerra dal / / al / /

A TAL FINE DICHIARA CHE IL *DE CUIUS* HA SVOLTO

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

- Servizio militare obbligatorio dal / / al / /
presso
- Servizio civile sostitutivo/equiparato al servizio militare dal / / al / /
presso
- Servizio militare prestato in guerra dal / / al / /
presso

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

DICHIARA INOLTRE:

per l'accesso alla prestazione, che i seguenti **periodi** risultano **già coperti da contribuzione previdenziale obbligatoria** come di seguito:

ENTE:	<input type="text"/>	Dal	<input type="text"/>	Al	<input type="text"/>
ENTE:	<input type="text"/>	Dal	<input type="text"/>	Al	<input type="text"/>
ENTE:	<input type="text"/>	Dal	<input type="text"/>	Al	<input type="text"/>

(GG/MM/AAAA) (GG/MM/AAAA)

DICHIARA ALTRESÌ:

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

- che i periodi per i quali si è chiesto il riscatto non coincidono temporalmente né con periodi per i quali risulti una copertura contributiva di carattere obbligatorio né con periodi per i quali è stato richiesto il riscatto in ragione dell'iscrizione al corso di laurea del *de cuius*; *
- di essere consapevole che, nel caso in cui si richieda sia il riscatto del militare/civile che il riscatto dell'iscrizione all'università del *de cuius*, il periodo complessivamente ammesso non può superare la somma tra gli anni del corso legale di laurea richiesto per essere ammessi ad esercitare la professione di attuario, dottore agronomo e dottore forestale, chimico o fisico o geologo e gli anni del servizio militare, sostitutivo o equiparato effettivamente svolto; *
- che il *de cuius* non ha esercitato analoga facoltà di riscatto presso altro Ente di Previdenza obbligatorio; *
- che il sottoscritto, ugualmente, non ha esercitato analoga facoltà di riscatto presso altro Ente di Previdenza obbligatorio; *
- che il *de cuius* è in possesso, alla data di presentazione della domanda, dei requisiti previsti per il rilascio del certificato di regolarità contributiva, tempo per tempo vigenti.*
- che non è stata richiesta, dal *de cuius* e/o dal sottoscritto, la restituzione o la ricongiunzione verso altro Ente di Previdenza obbligatorio del montante contributivo.*

** ai fini della validità della domanda è necessario barrare tutte le caselle*

DICHIARA INFINE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

1. i contributi dovuti a fronte degli anni che formano oggetto del riscatto, purché regolarmente corrisposti, consentono di incrementare l'entità del montante contributivo al fine di conseguire il requisito dei 5 anni di anzianità di iscrizione all'Ente necessario per l'ammissione alla pensione indiretta;
2. il periodo riscattato vale ai fini della determinazione dell'anzianità di iscrizione e contribuzione;
3. i versamenti dei contributi dovuti sono attribuiti sulla posizione previdenziale del *de cuius* con decorrenza dalla data in cui il pagamento è pervenuto all'Ente;
4. sui versamenti effettuati oltre la scadenza dovranno essere corrisposti interessi di mora (art. 10 del Regolamento delle attività statutarie dell'EPAP);
5. il pagamento deve essere completato prima della presentazione della domanda di pensione;
6. la sospensione del pagamento rateale non comporta possibilità di rimborso. L'EPAP riconoscerà un periodo di anzianità proporzionale alle somme effettivamente versate;
7. su esplicita domanda ha la possibilità di rinnovare l'esercizio del riscatto sia per periodi non compresi in riscatti precedenti, sia in caso di interruzione del riscatto di cui all'art 7, comma 5 del Regolamento per il riscatto degli anni di laurea. Al verificarsi di tale circostanza deve essere rideterminato l'ammontare dell'importo da versare a titolo di riscatto ai sensi dell'art. 4, comma 1 del citato Regolamento.

SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del dichiarante

Allega copia fotostatica del documento di identità valido

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)

Io sottoscritto/a

dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy su come EPAP gestisce i dati in conformità al Regolamento UE 2016/679 pubblicata all'interno della sezione "Privacy" sul sito www.epap.it.

luogo e data

Firma (consenso esplicito)

Il Sottoscritto:

- è consapevole che l'EPAP si riserva la facoltà di richiedere ulteriore integrazione alla documentazione;
- è a conoscenza che l'EPAP si riserva di procedere, anche a campione, alle verifiche ritenute opportune presso le competenti strutture.

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del dichiarante

FINE MODULO

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

obbligatoria, pena il non accoglimento della domanda

1. copia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda di riscatto dovrà pervenire all'Ente per PEC all'indirizzo epap@pec.epap.it,

La domanda dovrà contenere la dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali **debitamente sottoscritta**.