****

Alla Sede Inail di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DA COMPILARSI A CURA DELL’ASSICURATO**

**OGGETTO: DOMANDA PER L’EROGAZIONE DELLA RENDITA - Assicurazione infortuni in ambito domestico - Legge n. 493/1999, come modificata dalla legge 296/2006, comma 1257.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_)

(cognome e nome) (luogo di nascita)

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_

(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cod avviamento postale) (codice fiscale ) (facoltativo)

Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(facoltativo) (facoltativo) (facoltativo)

**L’INFORTUNIO È AVVENUTO:** giorno ................. mese ........................................ anno ...............................

**COMUNE ....................................................................... PROV. .......................... CAP ....................................**

**IN CHE MODO È AVVENUTO L’INFORTUNIO?** (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze) ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**DOVE È AVVENUTO L’INFORTUNIO?** (es. nell’abitazione; nelle pertinenze: cantina, soffitta, ecc.; parti comuni condominiali: androne scale, terrazzi) ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**CHE TIPO DI LAVORO STAVA SVOLGENDO?** (es. uso di prodotti per l’igiene, preparazione pasti, uso elettrodomestici, ecc.) .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**CHE COSA È SUCCESSO DI IMPREVISTO PER CUI È AVVENUTO L’INFORTUNIO?** (es. ha perso l’equilibrio, rottura stoviglie, perdita del controllo di elettrodomestici, ecc.) ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**IN CONSEGUENZA DI CIÒ COSA È SUCCESSO?** (es. perdita dei sensi, trasporto in ospedale, ecc.) ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**CHI ERA PRESENTE AL MOMENTO DELL’INFORTUNIO?** (cognome, nome, indirizzo, telefono) ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**(\*) AL VERIFICARSI DELL’INFORTUNIO:**

**A) PERMANEVANO I REQUISITI ASSICURATIVI? □ SI □ NO**

**B) ERA IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DEL PREMIO □ SI □ NO VERSATO IL .........../.........../............**

**OPPURE (in alternativa a B)**

**C) PERMANEVANO I REQUISITI REDDITUALI PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO A CARICO DELLO STATO?**

**□ SI □ NO**

**DATA D’ISCRIZIONE ALL’INAIL ................/.............../..............**

**IN CASO DI EROGAZIONE DELLA RENDITA CHIEDE CHE IL PAGAMENTO VENGA DISPOSTO MEDIANTE:**

□ Accredito su conto corrente o libretto nominativo bancario o postale\*:

**Intestato a: Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cointestato a: Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice IBAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Banca/Ufficio postale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Indirizzo:Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.civico\_\_\_\_\_\_\_Agenzia n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□  **Accredito su carta prepagata N:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (previa verifica del limite massimo di caricamento)**

**Intestata a:Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Codice IBAN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Beneficiari residenti all’estero:**

□ Accredito su conto corrente bancario:

**Codice IBAN/N. CONTO :**

**Codice BIC/SWIFT:**

**Il sottoscritto autorizza l'INAIL a corrispondere con tale modalità anche eventuali pagamenti futuri e si impegna a comunicare immediatamente qualsiasi variazione nella suddetta scelta o qualsiasi modifica dovesse intervenire sui dati indicati (codice IBAN, residenza, ecc.), sollevando sin da ora l'INAIL stesso da ogni responsabilità che dovesse derivare dalla mancata o tardata comunicazione.**

**Allega fotocopia del documento di riconoscimento.\*\***

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Io sottoscritto/a dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati dall’INAIL, anche con strumenti elettronici, per scopi strettamente correlati alle proprie funzioni istituzionali, in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dalla legge.*

*Data.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\* *Il pagamento su* *libretto postale* *non è utilizzabile per* *i riaccrediti e le rendite dirette cessate*

*\*\* Obbligatorio solo se il modulo non viene consegnato personalmente dall’assistito*