



N° Doc. _____

N° Arch. _____

Dichiarazione dell'assicurato (AS1) - 1/3

(per infortunio procurato da terzi)

Alla Sede Inps di _____

Centro Medico Legale _____

Via _____ n. _____ cap _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dipendente dell'azienda (alla data dell'infortunio) _____
matricola aziendale _____
qualifica _____ tipo di contratto _____
con sede in via _____ città _____
orario di lavoro _____

● Infortunio extralavorativo

Si ricorda che se l'infortunio extralavorativo è stato determinato da un fatto illecito di un terzo, l'Inps ha diritto di ottenere dal terzo responsabile o dal suo assicuratore il rimborso delle indennità pagate in conseguenza dell'evento.

L'interessato è tenuto, in caso di accordo o pagamento, a non accettare somme prima che l'Inps non sia stato garantito nei suoi diritti ed a rimborsare comunque all'Inps le spese da questo sostenute (art. 1916 del codice civile e Decreto legislativo n. 209/2005 articolo 142).

Barrare la casella corrispondente

L'infortunio è avvenuto in _____ il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

si è trattato di un infortunio accidentale provocato da terzi

causato da veicolo da natante a motore

il veicolo o il natante a motore è identificato è coperto da assicurazione

l'infortunato era conducente trasportato pedone su altro mezzo a motore

tipo e numero di targa del mezzo _____

Assicurazione dell'infortunato dichiarante _____

agenzia di _____ via _____

numero polizza _____ scadenza _____



Dichiarazione dell'assicurato (AS1) - 2/3

(per infortunio procurato da terzi)

Barrare la casella corrispondente

Incidente provocato da terzi- dati del conducente responsabile

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

Tipo e numero di targa del mezzo _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente) _____

compagnia assicuratrice _____ agenzia di _____

via _____ numero polizza _____ scadenza _____

Se l'infortunato era trasportato , si riportano le generalità ed indirizzo del conducente/proprietario

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

Tipo e numero di targa del mezzo _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente) _____

compagnia assicuratrice _____ agenzia di _____

via _____ numero polizza _____ scadenza _____

Incidente provocato da terzi- dati del presunto responsabile in caso di percosse, rissa, aggressione.....

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

Notizie generali

descrizione dell'evento _____

(indicare i dati di eventuali testimoni) _____

Autorità intervenute (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro...) _____

- ho denunciato l'infortunio alla mia assicurazione
- ho citato in giudizio il presunto responsabile per il risarcimento del danno in sede civile presso quale ufficio giudiziario di _____

Professionista (avvocato o altro) incaricato per il recupero delle somme dovute a titolo di risarcimento

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

- il danno è stato risarcito - in che misura _____
- ritengo che il fatto costituisca reato esiste un procedimento penale in corso
- ho proposto querela (allego copia o mi impegno a inviarla alla sede Inps entro 15 giorni)
- mi sono costituito o intendo costituirmi parte civile

Data _____

Firma _____



Dichiarazione dell'assicurato (AS1) - 3/3

(per infortunio procurato da terzi)

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'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

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

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

● Osservazioni della struttura INPS

Dirigente medico di Sede _____

giudizio medico-legale _____

Data _____ Firma _____

Responsabile Unità di processo _____

Data _____ Firma _____