

Alla sede Inail di _____

Da compilarsi a cura dell'assicurato**Domanda per l'erogazione della rendita - Assicurazione infortuni in ambito domestico**

(legge n. 493/1999, come modificata dalla legge 296/2006, comma 1257).

Cognome _____ Nome _____ Prov. _____

Nato/a a _____ Il (GG/MM/AAAA) _____

Residente in _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ N. _____

Cap _____ Codice fiscale _____ Tel.¹ _____ Cell.¹ _____Email¹ _____ Pec¹ _____

L'infortunio è avvenuto (GG/MM/AAAA) _____ 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 lavastoviglie, 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? Sì NoB) Era in regola il pagamento del premio? Sì No

Versato il (GG/MM/AAAA) _____

Oppure (in alternativa a B)

C) Permanevano i requisiti reddituali per il pagamento del premio a carico dello stato? Sì No

Data iscrizione Inail (GG/MM/AAAA) _____

¹ Campo facoltativo.

In caso di erogazione della rendita chiede che il pagamento venga disposto mediante:

Accredito su conto corrente o libretto nominativo bancario o postale:²

Intestato a: Cognome _____ Nome _____

Cointestato a: Cognome _____ Nome _____

Codice Iban _____

Banca/Ufficio postale _____

Indirizzo: Comune _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ N. _____ Agenzia n. _____

Accredito su carta prepagata n.: _____ (previa verifica del limite massimo di caricamento)

Intestata a: Cognome _____ Nome _____

Codice Iban _____

Allo sportello (solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)

A favore di: Cognome _____ Nome _____

Banca/Ufficio postale _____

Indirizzo: Comune _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ N. _____ Agenzia n. _____

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.³

Data (GG/MM/AAAA) _____

Firma dell'assicurato _____

² Il pagamento su libretto postale non è utilizzabile per riaccrediti e le rendite dirette cessate

³ Obbligatorio solo se il modulo non viene consegnato personalmente dall'assistito