

ASSICURAZIONE
LEGGE 3 DICEMBRE 1999, N. 493
DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

All. 1 alla cir c.n. 9/2001

COGNOME E NOME DELL'ASSICURATO	
CODICE FISCALE	
NATO A	IL STATO DI NASCITA.....CITTADINANZA.....
SESSOSTATO CIVILE.....	
INDIRIZZO: Via/Piazza..... Numero Civico Comune..... Telefono.....	

L'INFORTUNIO E' AVVENUTO giorno meseanno.....comune ,,,,,,,,prov.....cap....
IN CHE MODO E' AVVENUTO L'INFORTUNIO? (descrizione particolareggiata delle cause e circostanze)

DOVE E' 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 E' SUCCESSO DI IMPREVISTO PER CUI E' AVVENUTO L'INFORTUNIO? (es. ha perso l'equilibrio, rottura stoviglie, perdita del controllo di elettrodomestici, ecc.)

IN CONSEGUENZA DI CIO' COSA E' 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? NO SI **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 D'EROGAZIONE DELLA RENDITA PRESSO:

L'UFFICIO POSTALE DI
 VIA.....
 FRAZIONARIO POSTALE

ALLO SPORTELLO

ACCREDITATO SU C/C POSTALE

LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO

NUMERO C/C O LIBRETTO

CHIEDE CHE IL PAGAMENTO VENGA DISPOSTO

LA BANCAAGENZIA
 VIA
 CODICE A.B.I. CODICE C.A.B. ...

ALLO SPORTELLO

ACCREDITAMENTO SU C/C BANCARIO

LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO

NUMERO DI C/C BANCARIO
 O LIBRETTO RISPARMIO

• Quanto dichiarato nel riquadro ha valore di autocertificazione (articolo 1 e 2 del DPR 20 ottobre 1998, n. 403).

DATA

FIRMA DELL'ASSICURATO

.....

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO

Segue all. 1 alla circ. n. 9/2001

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO:

COGNOME**NOME.....****DATA DI NASCITA.....**

EVENTO INFORTUNISTICO DEL

IN CHE DATA E' AVVENUTA LA GUARIGIONE CLINICA?

IN CHE DATA E' STATA EFFETTUATA LA PRIMA VISITA?

PRESSO QUALE PRESIDIO SANITARIO E' STATA EFFETTUATA?

DA COMPILARSI IN CASO DI INFORTUNIO OCCORSO AD ASSICURATO NON TITOLARE DI RENDITA INAIL PER PRECEDENTE INFORTUNIO DOMESTICO.

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI :

.....
.....
.....

DESCRIZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI DELL'EVENTO:

.....
.....
.....

PRESENTA INABILITA' PREESISTENTI CONCORRENTI

SI

NO

DESCRIZIONE DELLE INABILITA' CONCORRENTI* LAVORATIVE ED EXTRA-LAVORATIVE:

.....
.....

PRESENTA DEI POSTUMI INVALIDANTI PRESUMIBILMENTE NON INFERIORI AL 33%:**

SI

NO

.DESCRIZIONE:

.....
.....
.....

DA COMPILARSI IN CASO DI INFORTUNIO OCCORSO AD ASSICURATO GIA' TITOLARE DI RENDITA INAIL PER PRECEDENTE INFORTUNIO DOMESTICO.

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI DEL NUOVO INFORTUNIO:

.....
.....

DESCRIZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI DEL NUOVO INFORTUNIO ANCHE SE INFERIORI AL 33%**

.....
.....

***Sono preesistenze invalidanti concorrenti; le lesioni che interessano organi associati nell'identica funzione o a sistemi diversi ma chiamati a svolgere funzioni che si influenzano reciprocamente.**

****Per la valutazione dei postumi consultare l'allegata tabella delle invalidità.**

DATA

FIRMA DEL MEDICO