

Alla sede Inail di \_\_\_\_\_

**Da compilarsi a cura dell'assicurato e da inviare con il "Mod. 500-Medico"****Assicurazione infortuni in ambito domestico<sup>1</sup>  
Domanda** **Prestazione una tantum** **Rendita diretta** **Assegno per l'assistenza personale continuativa (Apc)**

Cognome _____	Nome _____
Nato/a a _____	Prov. _____ il (GG/MM/AA) _____
Residente in _____	Prov. _____ Via/P.zza _____ N. _____
Cap _____	Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____
Email <sup>2</sup> _____	Pec <sup>2</sup> _____

L'infortunio è avvenuto il (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ 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?  SI  NO

B) Il premio è stato versato il (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

Oppure (in alternativa a B)

C) Permanevano i requisiti reddituali per il pagamento del premio a carico dello Stato?  SI  NO

Data iscrizione /rinnovo assicurazione Inail anno infortunio (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_

L'assicurato, inoltre, esclusivamente al fine della concessione dell'Apc, dichiara:

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Legge 3 dicembre 1999, n. 493 così come modificata dall'art. 1, co. 1257 legge 27 dicembre 2006 e dall'art. 1, co. 534 legge 3 dicembre 2018, n. 145.<sup>2</sup> Email - Pec Campi facoltativi

- di essere titolare di rendita con inabilità permanente assoluta pari al 100%
- di essere affetto da una delle menomazioni elencate nella tabella allegato 3 al decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 1965, n. 1124
- di non essere titolare di altri assegni di accompagnamento

In caso di erogazione della prestazione una tantum/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. \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_

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

Intestata a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Iban \_\_\_\_\_

**Sportello bancario o postale** (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. \_\_\_\_\_

Limitatamente alla prestazione una tantum, in caso di scelta di pagamento allo sportello, l'individuazione dello sportello bancario o postale, sarà effettuata dall'Istituto cassiere.

L'erogazione dell'Apc avverrà secondo le modalità di pagamento prescelte per la corresponsione della rendita.

**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.

•Il/La sottoscritt .....

- dichiara che i dati forniti sono rispondenti a verità e di essere consapevole che "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso [...] è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.);
- si impegna a comunicare tempestivamente alla competente sede Inail qualsiasi variazione intervenuta in relazione ai fatti e stati dichiarati;
- dichiara di essere stato informato/a sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs 196/2003 e s.m.i.. Ulteriori info: [www.inail.it>privacy](http://www.inail.it>privacy).

Allega alla presente domanda copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data (GG/MM/AA) \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_