

Alla sede Inail di _____

Da compilarsi a cura del/i familiare/i superstite/i**Assicurazione infortuni in ambito domestico ¹****Domanda per l'erogazione della rendita ai superstiti**

Dati assicurato (deceduto)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il (GG/MM/AA) _____

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

Cap _____ Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell _____

Email² _____ Pec² _____**Da compilarsi solo in caso di infortunio occorso ad assicurato non titolare di rendita in ambito domestico da cui sia derivato il decesso**

L'infortunio è avvenuto il (GG/MM/AA) _____ 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 presumibilmente svolgendo? (es. uso di prodotti per l'igiene, preparazione pasti, uso elettrodomestici, ecc.)

Chi era presente al momento dell'infortunio? (cognome, nome, indirizzo, telefono)

_____¹ Legge 3 dicembre 1999, n. 493, come modificata dal co. 1257, art. 1, legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dal co. 534, art. 1, legge 30 dicembre 2018, n. 145.² Email - Pec: Campi facoltativi

Dati superstite (richiedente)

Cognome _____ Nome _____ Prov. _____

Nato/a a _____ il (GG/MM/AA) _____

Residente in _____ Prov. _____ N. _____

Cap _____ Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____

Email³ _____ Pec³ _____

Il superstite dichiara che

1) l'assicurato era celibe/nubile coniugato/a vedovo/a
 separato/a dal* _____
 divorziato/a dal* _____ *con obblighi alimentari SI NO

2) la composizione del nucleo familiare dello stesso, al momento dell'evento, era la seguente:

- CONIUGE

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita
Codice Fiscale		

- N FIGLI MINORI degli anni 18 (legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi, affiliati, affidati)

Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo di nascita	Data di nascita

- N FIGLI MAGGIORI degli anni 18 studenti e viventi a carico (si considerano a carico, i figli studenti che percepiscono un reddito mensile non superiore al limite fissato annualmente ai fini dell'erogazione dell'assegno familiare)

Cognome e nome Codice Fiscale	Luogo e data di nascita	Istituto d'istruzione Università	Corso frequentato e durata	Anno scolastico/accademico	Anno prima immatricolazione
C.F.					
C.F.					
C.F.					

- N FIGLI MAGGIORI degli anni 18 TOTALMENTE INABILI al lavoro proficuo

Cognome e nome	Codice Fiscale	Luogo di nascita	Data di nascita	Inabile al lavoro	
				dal	per (causa)

Da compilarsi SOLO IN ASSENZA DI CONIUGE E FIGLI

- N ASCENDENTI (genitori, nonni, bisnonni) *viventi* a carico

Cognome e nome	Codice Fiscale	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Reddito pro capite

- N FRATELLI E SORELLE *conviventi* e *viventi* a carico

Cognome e nome Codice Fiscale	Inabile al lavoro		Studente		Corso frequentato e durata	Anno scolastico/accademico	Reddito pro capite
	si	no	si	no			
C.F.	si	no	si	no			
C.F.	si	no	si	no			
C.F.	si	no	si	no			

- 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.

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

Luogo e data (GG/MM/AAAA)

Firma del dichiarante

In caso di erogazione della rendita a superstiti, 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 (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 riconoscimento³.

Data (GG/MM/AAAA) _____

Firma del dichiarante _____

³ Obbligatorio solo se il modulo non viene consegnato personalmente dal dichiarante.