

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

**Da compilarsi a cura del/i familiare/i superstite/i**  
**Assicurazione infortuni in ambito domestico <sup>1</sup>.**  
**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 \_\_\_\_\_

Email<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Legge 3 dicembre 1999, n. 493, come modificata dal comma 1257, art. 1, legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dal comma 534, art. 1, legge 30 dicembre 2018, n. 145.

<sup>2</sup> 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. \_\_\_\_\_  
 Email<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

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](http://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 riconoscimento<sup>3</sup>.

Data (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Obbligatorio solo se il modulo non viene consegnato personalmente dal dichiarante.