

Alla sede Inail di _____

Da compilarsi a cura dell'assicurato e da inviare con il "Mod. 500-Medico"**Assicurazione infortuni in ambito domestico¹.
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 ² _____	Pec _____

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:

¹ Legge 3 dicembre 1999, n. 493 così come modificata dall'art. 1, comma 1257 legge 27 dicembre 2006 e dall'art. 1, comma 534 legge 3 dicembre 2018, n. 145.² 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.

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

Luogo e data (GG/MM/AAAA) _____

Firma del dichiarante _____