



Alla Sede Inail di _____

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSICURATO

OGGETTO: DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA - Assicurazione infortuni in ambito domestico - Legge n. 493/1999, come modificata dalla legge 296/2006, comma 1257.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
(cognome e nome) (luogo di nascita)
il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N _____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)
CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale) (facoltativo)
Cell. _____ E-mail _____ PEC _____
(facoltativo) (facoltativo) (facoltativo)

L'INFORTUNIO È AVVENUTO: giorno mese anno

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 stoviglie, 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) ERA IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DEL PREMIO SI NO **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/...../.....

