**** Assicurazione vecchiaia, superstiti e assicurazione per l’invalidità AVS/AI

**Foglio complementare R alla richiesta di prestazioni AI**

**(regresso contro terzi responsabili)**

Richiesta del      

**Persona assicurata** N° di telefono privato/cellulare/n° di telefono prof.:

Cognome e nome:

Il nostro n° di riferimento:

Data di nascita:       E-mail:

*Nostro n° di rif.:* *Data:*

È possibile che, in relazione all'evento che l'ha portata a presentare una richiesta di prestazioni presso l'assicurazione per l'invalidità (AI), vi sia un terzo responsabile. In questo caso l'assicurazione per l’invalidità esercita, tramite il Servizio di regresso o l'Ufficio federale (UFAS) delle assicurazioni sociali, il suo diritto di regresso contro il terzo responsabile o la sua assicurazione di responsabilità civile fino a concorrenza delle prestazioni versate. Le chiediamo quindi di rispondere alle domande poste di seguito, volte a determinare con precisione le circostanze in cui si è verificato tale evento dannoso.

**Infine, la invitiamo a non concludere accordi con il presunto terzo responsabile, o con l'assicurazione di quest'ultimo, senza specificare che ha inoltrato domanda di prestazioni all'assicurazione per l'invalidità o che riceve prestazioni dall'assicurazione per l'invalidità e che tali transazioni non pregiudicano i diritti di rivalsa e surroga di quest'ultima.**

La ringraziamo per la collaborazione e cogliamo l’occasione per porgerle distinti saluti.

1. **Evento che ha causato il danno:**
   1. Genere dell’evento che ha causato il danno alla salute alla persona infortunata:

* incidente della circolazione
* incidente sul lavoro
* altro incidente (esercizio di un’attività sportiva, aggressione, caduta, ecc.)
* altra origine (errore medico, infezione all’ospedale, malattia, tentativo di suicidio, danno causato da un animale o prodotto, ecc.)

Si prega di specificare quale:

* 1. Data e luogo in cui si è verificato l’evento:
  2. Descrizione dell’evento:
* Cos’è accaduto? Qual è la causa dell’avvenimento?
* Sono state coinvolte terze persone? Che cosa hanno fatto o che cosa è successo?        
  1. Persone coinvolte nell’evento (nome, indirizzo, n° tel., e-mail):
* In qualità di responsabili:
* In qualità di testimoni:

1. **Polizia e procedura penale:**
   1. È stata coinvolta la polizia o qualsiasi altra autorità? no  sì  (nome, indirizzo, n° tel.):
   2. La suddetta autorità ha redatto un rapporto? no  sì
   3. In relazione a questo evento è stata avviata una procedura penale? no  sì

* Contro la/le persona/e seguente/i:
* Presso l’autorità seguente:

1. **Responsabilità civile e assicurazioni:**
   1. Fa valere contro qualcuno il risarcimento dei danni causati dall’evento? no  sì  (nome, indirizzo, n° tel.):
   2. La persona contro cui fa valere il risarcimento dei danni possiede un’assicurazione di responsabilità civile? no  sì   
      (nome, indirizzo, n° tel. dell'assicurazione):

N° della polizza/N° del sinistro:

* 1. In seguito all’evento ha intentato un’azione giudiziaria civile per il risarcimento dei danni? no  sì
* Presso l’autorità seguente:
  1. Al momento in cui si è verificato l’evento la persona infortunata era:
* Assicurata obbligatoriamente contro gli infortuni? no  sì

Nome dell’assicurazione contro gli infortuni:

* Assicurata presso una cassa pensioni? no  sì    
  Eventuale nome dell’istituto di previdenza:

1. **Rappresentanza legale:**

Ha affidato la tutela dei suoi interessi ad un avvocato/un’avvocatessa, ad un’assicurazione di protezione giuridica o ad un altro organismo? no  sì  (nome, indirizzo, n° tel., e-mail):

1. **Osservazioni:**

Il/la sottoscritto/a attesta di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero.

Luogo e data:       Firma:

**Allegati** (si prega di allegare i documenti disponibili, ad esempio sentenza penale, rapporto di polizia o incidente, foto ecc. qui sotto):