

Foglio complementare R alla richiesta di prestazioni d'invalidità (Regressi contro terzi responsabili)



1. Generalità

1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

Richiesta del

2. Accertamento

Lei ha inoltrato una richiesta di prestazioni presso l'Assicurazione Invalidità. E' possibile che, in relazione all'evento che l'ha portata a presentare la richiesta, una terza persona sia responsabile. In questo caso l'AI esercita il diritto di regresso per l'ammontare delle sue prestazioni, contro la persona responsabile o la sua assicurazione di responsabilità civile. Le domande figuranti in seguito sono appunto poste allo scopo di determinare con precisione le circostanze in cui si è verificato questo evento.

Per chiarimenti voglia cortesemente rivolgersi telefonicamente all'Ufficio AI del suo Cantone di domicilio: Elenco degli Uffici AI.

La ringraziamo della sua collaborazione.

2.1 Genere dell'evento che ha causato il danno alla salute alla persona infortunata

- Incidente della circolazione
 altro infortunio
 altra causa (per favore integrare)

2.2 Data

gg, mm, aaaa

Luogo in cui si è verificato l'evento

2.3 La polizia o un'altra autorità si è occupata dell'evento?

- sì no

Nome e indirizzo di questo ente

Telefono

Quest'autorità ha redatto un rapporto scritto sull'evento?

- sì no

2.4 Descrizione particolareggiata dell'evento

(Cos'è accaduto? Qual'è la causa dell'avvenimento? In che modo hanno eventualmente partecipato terze persone?)

2.5 Persone coinvolte nell'evento

Responsabili

Cognome

Telefono

Testimoni

Indirizzo

Via, NPA, Località

Responsabili

Cognome

Telefono

Testimoni

Indirizzo

Via, NPA, Località

2.6 Ha affidato la tutela dei suoi interessi a un avvocato/un'avvocata, a un'assicurazione di protezione giuridica o ad un altro organismo?

sì no

Nome e indirizzo

Telefono

2.7 Fa valere contro qualcuno il risarcimento dei danni causati dall'evento?

sì no

Nome e indirizzo di questa persona

Telefono

2.8 La persona contro cui fa valere il risarcimento dei danni possiede un'assicurazione di responsabilità civile?

sì no non è noto

Nome e indirizzo dell'assicurazione

Telefono

N. del danno / N. di polizza

2.9 In seguito all'evento ha intentato un'azione giudiziaria civile per il risarcimento dei danni?

sì no

presso quale istanza (tribunali o altro) è stata inoltrata?

Contro la (le) persona(e) / l'assicurazione di responsabilità civile seguente(i)

2.10 In relazione a questo evento è stata avviata una procedura penale?

sì no

presso quale istanza è stata avviata la procedura penale?

Contro la(le) persona(e) seguente(i)

2.11 Al momento dell'evento era assicurato obbligatoriamente contro gli infortuni?

sì no

Nome e indirizzo dell'assicurazione

Telefono

No dell'infortunio

2.12 Al momento dell'evento era assicurato presso una cassa pensione?

sì no

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza professionale

Telefono

3. Contatto e firma

A quale numero è raggiungibile in caso di ulteriori domande?

Il/la sottoscritto(a) conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Luogo e data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Indirizzo del rappresentante se la persona assicurata non è in grado di firmare

Allegati (rapporto di polizia, rapporto dell'infortunio, ecc.) e osservazioni complementari

4. Punto d'inoltro del questionario

Il questionario é da ritornare all'Ufficio AI del cantone di domicilio della persona assicurata.