

## Foglio complementare R alla richiesta di prestazioni per superstiti (regresso contro terzi responsabili)



Nostro rif.

Data

Richiesta del

gg, mm, aaaa

### 1. Dati personali del/della defunto/a

#### 1.1 Cognome

indicare anche quello da celibe / nubile

#### 1.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

#### 1.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

#### 1.4 Numero AVS

13 cifre, trascrizione senza punti e spazio.

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

#### 1.5 Data del decesso

gg, mm, aaaa

### 2. Dati personali del/della richiedente

#### 2.1 Cognome

indicare anche quello da celibe / nubile

#### 2.2 Tutti i nomi

nome usuale in maiuscolo

#### 2.3 Data di nascita

gg, mm, aaaa

#### 2.4 Numero AVS

13 cifre, trascrizione senza punti e spazio.

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

### 3. Accertamento

---

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

La ringraziamo della sua collaborazione.

#### 3.1 Qual era il Suo grado di parentela con il/la defunto/a?

- Partner  
 Padre  
 Madre  
 Altri (per favore integrare)

#### 3.2 Qual   stata la causa del decesso?

- Incidente della circolazione  
 Altro infortunio  
 Altra causa (per favore integrare)

#### 3.3 Data e luogo in cui si   verificato l'evento

#### 3.4 La polizia o un'altra autorit  si   occupata dell'evento?

- s   no

Polizia / Servizio

Telefono / Cellulare

Indirizzo

Via, NPA, Localit 

#### Quest'autorit  ha redatto un rapporto scritto sull'evento?

- s   no

#### 3.5 Descrizione particolareggiata dell'evento

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

#### 3.6 Persone coinvolte nell'evento

Responsabili  
 Testimoni

Cognome  Telefono / Cellulare

Indirizzo

Via, NPA, Località

---

Responsabili  
 Testimoni

Cognome  Telefono / Cellulare

Indirizzo

Via, NPA, Località

---

**3.7 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

Cognome  Telefono / Cellulare

Indirizzo

Via, NPA, Località

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

sì  no

Cognome  Telefono / Cellulare

Indirizzo

Via, NPA, Località

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

sì  no  non è noto

Assicurazione di responsabilità civile  N. del danno / N. di polizza

Indirizzo  Telefono / Cellulare

Via, NPA, Località

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

sì  no

Presso la seguente istanza

Tribunale o altro

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

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

sì  no

Presso la seguente istanza

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

**3.12 Al momento in cui si è verificato l'evento la persona infortunata era assicurata obbligatoriamente contro gli infortuni?**

sì  no

Assicurazione contro gli infortuni

No dell'infortunio

Indirizzo

Telefono / Cellulare

Via, NPA, Località

**3.13 Al momento in cui si è verificato l'evento la persona infortunata era assicurata da una cassa pensioni?**  
(Istituto di previdenza)

sì  no

Cassa pensioni (Istituto di previdenza)

Telefono / Cellulare

Indirizzo

Via, NPA, Località

**4. Contatto, procura e firma**

**Presso quale recapito telefonico possiamo raggiungerla per domande complementari?**

Privato

Professionale

Osservazioni:

**Procura**

Firmando il presente modulo, il/la superstite o il suo rappresentante legale autorizzano tutte le persone e tutti gli uffici interessati – in particolare avvocati, medici, personale paramedico, ospedali, case di cura, casse malati, datori di lavoro, società fiduciarie, assicurazioni pubbliche e private, uffici amministrativi e servizi sociali privati - a fornire alla cassa di compensazione competente le informazioni necessarie per l'esecuzione del regresso contro terzi, contro i quali il/la superstite o i superstiti può/possono far valere pretese di risarcimento relative all'evento assicurato.

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

Luogo e data

Firma

**Allegare i documenti disponibili**

Rapporto di polizia, rapporto sull'infortunio, ecc.