

## 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 AVS

756

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  
 Testimoni

Cognome

Telefono

Indirizzo

Via, NPA, Località

---

- Responsabili  
 Testimoni

Cognome

Telefono

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, procura e firma

---

A quale numero è raggiungibile in caso di ulteriori domande?

#### Procura

Con la richiesta di prestazioni e con la firma del presente formulario, la persona assicurata o il suo/la sua rappresentante legale autorizza le persone e gli enti menzionati nella richiesta, nonché i datori di lavoro, i fornitori di prestazioni ai sensi degli articoli 36-40 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), le compagnie di assicurazione e gli uffici amministrativi a fornire agli organi dell'assicurazione per l'invalidità tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti necessari per accertare il diritto alle prestazioni e far valere il diritto di regresso. Tali persone ed enti sono soggetti all'obbligo di informare.

Con la firma del presente formulario, la persona assicurata o il suo/la sua rappresentante legale autorizza anche gli avvocati/le avvocatesses a fornire informazioni a riguardo del regresso contro terzi. Nell'ambito della presente autorizzazione, tutte le persone, gli enti e le autorità succitate sono liberati dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale da parte della persona assicurata nei confronti degli organi dell'assicurazione per l'invalidità.

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.