

Alla Sede di .....

### DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSICURATO

COGNOME E NOME DELL'ASSICURATO .....

CODICE FISCALE .....

NATO A ..... IL ..... STATO DI NASCITA .....

CITTADINANZA ..... SESSO ..... STATO CIVILE .....

INDIRIZZO: Via/Piazza ..... N. Civico ..... Comune ..... Tel. ....

**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?**  SÌ  NO

**B) ERA IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DEL PREMIO?**  SÌ  NO      VERSATO IL ..... / ..... / .....

**OPPURE (in alternativa a B)**

**C) PERMANEVANO I REQUISITI REDDITUALI PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO A CARICO DELLO STATO?**  SÌ  NO

**DATA D'ISCRIZIONE ALL'INAIL** ..... / ..... / .....

**IN CASO D'EROGAZIONE DELLA RENDITA CHIEDE CHE IL PAGAMENTO VENGA DISPOSTO PRESSO:**

<input type="checkbox"/> L'UFFICIO POSTALE DI ..... VIA ..... FRAZIONARIO POSTALE ..... <input type="checkbox"/> ALLO SPORTELLO ..... <input type="checkbox"/> ACCREDITATO SU C/C POSTALE ..... <input type="checkbox"/> LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO NUMERO C/C O LIBRETTO .....	<input type="checkbox"/> LA BANCA ..... AGENZIA ..... VIA ..... CODICE A.B.I. .... CODICE C.A.B. .... CIN ..... <input type="checkbox"/> ALLO SPORTELLO ..... <input type="checkbox"/> ACCREDITATO SU C/C BANCARIO ..... <input type="checkbox"/> LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO NUMERO C/C BANCARIO O LIBRETTO RISPARMIO .....
---	---

(\*) Quanto dichiarato nel riquadro ha valore di autocertificazione (articoli 1 e 2 del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403).

DATA .....

FIRMA DELL'ASSICURATO .....

**DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO**

**DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO:**

COGNOME ..... NOME ..... DATA DI NASCITA .....

EVENTO INFORTUNISTICO DEL ...../...../.....

IN CHE DATA È AVVENUTA LA GUARIGIONE CLINICA? ...../...../.....

IN CHE DATA È STATA EFFETTUATA LA PRIMA VISITA? ...../...../.....

PRESSO QUALE PRESIDIO SANITARIO È STATA EFFETTUATA? .....

**DA COMPILARSI IN CASO DI INFORTUNIO OCCORSO AD ASSICURATO NON TITOLARE DI RENDITA INAIL PER PRECEDENTE INFORTUNIO DOMESTICO**

**ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI:**

.....  
 .....

DESCRIZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI DELL'EVENTO:

.....  
 .....

**PRESUNTA INABILITÀ PREESISTENTI CONCORRENTI**       SI       NO

DESCRIZIONE DELLE INABILITÀ CONCORRENTI\* LAVORATIVE ED EXTRA-LAVORATIVE:

.....  
 .....

**PRESENTA DEI POSTUMI INVALIDANTI PRESUMIBILMENTE NON INFERIORI (\*\*):**

al 27% per tutti gli infortuni occorsi a partire dal 1° gennaio 2007

al 33% per tutti gli infortuni occorsi fino al 31 dicembre 2006

DESCRIZIONE:

.....  
 .....

**DA COMPILARSI IN CASO DI INFORTUNIO OCCORSO AD ASSICURATO GIÀ TITOLARE DI RENDITA INAIL PER PRECEDENTE INFORTUNIO DOMESTICO**

**ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI NUOVO INFORTUNIO:**

.....  
 .....

**DESCRIZIONE DEI POSTUMI INVALIDANTI DEL NUOVO INFORTUNIO ANCHE SE INFERIORI (\*\*):**

al 27% per tutti gli infortuni occorsi a partire dal 1° gennaio 2007

al 33% per tutti gli infortuni occorsi fino al 31 dicembre 2006

.....  
 .....

(\*) Sono preesistenze invalidanti concorrenti: le lesioni che interessano organi associati nell'identica funzione o a sistemi diversi ma chiamati a svolgere funzioni che si influenzano reciprocamente.

(\*\*) Per la valutazione dei postumi consultare la tabella delle invalidità, di cui al D.M. del 15/09/2000.

DATA .....

FIRMA DEL MEDICO .....