

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Direzione provinciale XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NOME SEDE
INDIRIZZO
CAP CITTÀ

Mod. AS1 P

Città, data

Al Signor/a
Nome Cognome
Indirizzo
CAP CITTÀ

Gentile Signore/a,

Le scriviamo con riferimento alla Sua richiesta di **pensione di inabilità/assegno di invalidità**, che ha presentato ai nostri uffici il / / .

Gli elementi acquisiti finora inducono ad ipotizzare il Suo **diritto alle prestazioni** previste dalla normativa in vigore (legge 222/1984), nonché la responsabilità di terzi nella determinazione dell'infortunio.

Tuttavia, per consentire all'Inps di esercitare l'azione di surroga verso i terzi responsabili e le loro compagnie di assicurazione, così come previsto dalla legge, è necessario acquisire **ulteriori informazioni**.

La invitiamo pertanto a **compilare e firmare il modello allegato** e a restituirlo ai nostri uffici entro e non oltre **15 giorni** dalla data di ricevimento di questa comunicazione.

Cordiali saluti

Il direttore

Nome Cognome

Tutti i nostri **uffici Inps** sono a sua disposizione per ogni ulteriore informazione; può trovare l'elenco completo delle nostre Sedi sugli elenchi telefonici o sul sito internet www.inps.it.
Può, inoltre, telefonare al numero gratuito **803 164**: un operatore sarà a sua disposizione per informazioni e notizie **dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14**.

Se preferisce, può infine rivolgersi ad uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge, che le fornirà assistenza gratuita.

Per risparmiare tempo ed ottenere le informazioni rapidamente ricordi di tenere a portata di mano:

Numero pensione (categoria XXX - Sede XXXX - certificato XXXXXX)

oppure Prestazione XXXXXX

Codice fiscale XXX XXX XXXXX XXXXX



N° Doc. _____

N° Arch. _____

Dichiarazione assicurato (AS1/P)

Invalità e/o inabilità - 1/3

(per infortunio procurato da terzi)

Alla Sede Inps di _____

Centro Medico Legale _____

Via _____ n. _____ cap _____

COGNOME	_____	NOME	_____		
CODICE FISCALE	_____	NATO/A IL GG/MM/AAAA	_____		
A	_____	PROV.	_____	STATO	_____
CITTADINANZA	_____				
RESIDENTE IN	_____	PROV.	_____	STATO	_____
INDIRIZZO	_____			CAP	_____
TELEFONO	_____	CELLULARE	_____		
INDIRIZZO E-MAIL	_____				

Dipendente dell'azienda (alla data dell'infortunio) _____

matricola aziendale _____ qualifica _____ tipo contratto _____

con sede in via _____ città _____

● Infortunio

Si ricorda che se l'evento che ha determinato lo stato invalidante dipende da un fatto illecito di un terzo, l'Inps ha diritto di ottenere dal terzo responsabile o dal suo assicuratore il rimborso delle prestazioni pagate in conseguenza dell'infortunio (art. 14 L. 222/84). L'interessato è tenuto, in caso di accordo o pagamento, a non accettare somme prima che l'Inps non sia stato garantito nei suoi diritti ed a rimborsare comunque all'Inps le spese da questo sostenute (Decreto legislativo n. 209/2005 articolo 142).

Questionario sintetico da compilare ove ricorrano le condizioni di seguito specificate:

Incidente stradale provocato da terzi (vedi quadro A);

Altre cause (vedi quadro B).

Quadro A) Incidente stradale provocato da terzi

Barrare la casella corrispondente

L'infortunio è avvenuto in _____ il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

causato da veicolo da natante a motore

il veicolo o il natante a motore è identificato è coperto da assicurazione

l'infortunato era conducente trasportato pedone su altro mezzo a motore

tipo e numero di targa del mezzo _____

Assicurazione dell'infortunato dichiarante _____

agenzia di _____ via _____

numero polizza _____ scadenza _____



Dichiarazione assicurato (AS1/P)
Invalidità e/o inabilità - 2/3
(per infortunio procurato da terzi)

Dati del conducente responsabile

Cognome _____ Nome _____
via/piazza _____ città _____
Tipo e numero di targa del mezzo _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente)

Compagnia assicuratrice _____ agenzia di _____
via _____ numero polizza _____ scadenza _____

Se l'infortunato era trasportato, si riportano le generalità ed indirizzo del conducente/proprietario

Cognome _____ Nome _____
via/piazza _____ città _____
Tipo e numero di targa del mezzo _____

Dati del proprietario (se diverso dal conducente)

Compagnia assicuratrice _____ agenzia di _____
via _____ numero polizza _____ scadenza _____

**● Quadro B) Incidente provocato da terzi - dati del presunto responsabile in caso, ad esempio:
illecito professionale, reati contro la persona (lesioni personali, rissa, aggressione), negligenza, etc.;**

L'evento è avvenuto in _____ il (gg/mm/aaaa) _____ alle ore _____

Cognome _____ Nome _____

Ragione Sociale _____

via/piazza _____ città _____

● Notizie generali

descrizione dell'evento _____

(indicare i dati di eventuali testimoni) _____

Autorità intervenute (carabinieri, polizia stradale, vigili urbani, asl, ispettorato del lavoro...) _____

- Ho denunciato l'infortunio alla mia assicurazione
- Per il risarcimento del danno è in corso il procedimento civile presso l'ufficio giudiziario di :

Professionista (avvocato o altro) incaricato per il recupero delle somme dovute a titolo di risarcimento

Cognome _____ Nome _____

via/piazza _____ città _____

- il danno è stato risarcito - in che misura _____
- ritengo che il fatto costituisca reato
- esiste un procedimento penale in corso
- ho proposto querela (allego copia o mi impegno a inviarla alla sede Inps entro 15 giorni)
- mi sono costituito o intendo costituirmi parte civile

Data _____

Firma _____

**Dichiarazione assicurato (AS1/P)****Invalidità e/o inabilità - 3/3**

(per infortunio procurato da terzi)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

OSSERVAZIONI DELLA STRUTTURA INPS

• **Dirigente medico di Sede** _____

• **Giudizio medico-legale** _____

Data _____ Firma _____

• **Responsabile Unità Operativa** _____

Data _____ Firma _____