

# Richiesta per l'ottenimento delle prestazioni d'invalidità

No. di conteggio .....

## Dati personali

Cognome e nome ..... No. AVS ..... Data di nascita .....

Via, NPA, domicilio .....

## Misure tutorie

Sono state adottate misure tutorie?  sì  no

Se sì:  tutela  assistenza  curatela

Indirizzo dell'autorità tutoria .....

Indirizzo del tutore / assistente / curatore .....

## Indicazioni sulla professione e sull'ultima attività svolta

Le seguenti indicazioni devono far riferimento agli ultimi 2 anni prima dell'inoltro della presente domanda. Chi esercita un'attività indipendente dovrà inserire l'annotazione "indipendente" al posto di "datore di lavoro"

Tipo	Nome e indirizzo del datore di lavoro	Durata dal al	Salario annuo lordo CHF
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

## Menomazione

La menomazione è dovuta a:

infermità congenita  malattia  infortunio

### Maggiori indicazioni sulla menomazione

.....  
.....  
.....

Da quando esiste la menomazione? .....

La menomazione è stata causata completamente o in parte da terzi?  sì  no

Da quale medico e dove è stata curata la persona assicurata ?

Nome e indirizzo del medico curante, dal al  
dell'ospedale o della casa di cura (mese e anno)

.....  
.....  
.....  
.....

### Incapacità lavorativa dovuta a malattia o infortunio

<i>totale</i>	<i>durata</i>		<i>parziale</i>	<i>in %</i>	<i>durata</i>	
	<i>dal</i>	<i>al</i>			<i>dal</i>	<i>al</i>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### Domande di carattere generale

La persona assicurata ha presentato richiesta di prestazioni o ne beneficia già (p. es. cura medica, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari) presso

- l'assicuratore di responsabilità civile dell'autore dell'incidente?
- la SUVA o un altro assicuratore infortuni?
- una cassa malati?
- l'assicurazione militare?

Se sì: indicare nome e indirizzo dell'assicuratore?

.....  
.....

È stata già inoltrata per la persona assicurata una richiesta per l'ottenimento di prestazioni dell'AI?

No  Se sì: presso quale ufficio AI? .....

## Documenti necessari

---

- copia delle ricevute dell'indennità giornaliera
- certificati medici
- decisioni AI
- decisioni LAINF
- decisioni AM
- copia libretto di famiglia
- in presenza di figli o figli elettivi tra i 20 e i 25 anni che seguono una formazione: allegare un'attestazione di formazione*
- .....

## Relazione di pagamento

---

*(Prego allegare un bollettino di versamento oppure una copia della richiesta di aperture del conto di libero passaggio)*

### Conto bancario

Nome della banca: ..... Indirizzo: .....  
Titolare del conto: ..... No. del conto: .....  
No. di clearing: ..... IBAN: .....

### Conto postale

Titolare del conto: ..... No. del conto: .....

## Osservazioni

---

.....  
.....  
.....

## Firma

---

Con la propria firma la persona assicurata conferma di aver risposto a tutte le domande in modo completo e veritiero. Autorizza inoltre tutte le persone e gli uffici interessati a fornire a PAT-BVG le informazioni necessarie per l'accertamento delle pretese e per la verifica del diritto alle prestazioni.

Luogo e data

Firma

.....

.....