



## 1. Mezzi ausiliari

Quali mezzi ausiliari (protesi, carrozzelle, ecc.) richiede?

Fornitore desiderato (prego allegare copia delle fatture/dei preventivi)

Società

Via

N°

NPA

Località

## 2. Generalità

In quale paese risiede?

Lavora come frontaliere?

sì  no

Il suo luogo di residenza abituale è in Svizzera?

sì  no

In quale cantone ha la sua residenza abituale?

Siete soggetti all'assicurazione facoltativa per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità?

sì  no

### 2.1 Dati personali

Cognome

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Sesso

femminile  maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

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

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

### 2.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NPA  Località

Via  N°

Numero di telefono  E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

Via  N°

NPA  Località

### 2.3 Curatela

Esiste una curatela?  sì  no

Se sì, nome e indirizzo del curatore/rappresentante

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti.

Via  N°

NPA  Località

### 2.4 Cittadinanza

Cittadini/e svizzeri/e

Comune di appartenenza/cantone

Naturalizzazione dal

gg, mm, aaaa

Cittadini stranieri

Nazionalità

Data di entrata in Svizzera

gg, mm, aaaa

### 2.5 Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata  
 Una terza persona

Cognome, Nome

E-Mail

Quale rapporto lega la terza persona alla persona assicurata (ad es. genitore, figlio, curatore, medico di famiglia)?

La persona assicurata ha acconsentito alla presentazione di questa domanda

sì  no

## 3. Indicazioni generali

### 3.1 Domicilio e attività lavorativa

E' mai stato(a) domiciliato(a) all'estero, ha mai lavorato/studiato o prestato servizio militare all'estero?

sì  no

dal  
mm, aaaa

al  
mm, aaaa

in  
Stato

### 3.2 Richieste precedenti

Per la persona assicurata è già stata inoltrata in precedenza una richiesta volta ad ottenere prestazioni dall'assicurazione invalidità?

sì  no

In caso affermativo, per quale prestazione e presso quale ufficio AI?

### 3.3 Assicurazioni

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni:

(p.es. trattamento medico, provvedimenti integrativi, indennità giornaliera, rendita, mezzi ausiliari)

d'una cassa malati?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

dalla SUVA o da un'altra assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

dall'assicurazione militare?

Nome e indirizzo dell'assicurazione (e competente agenzia), incluso il numero di riferimento

### 3.4 Cassa malati

Presso quale cassa malati è affiliato (assicurazione base)?

Nome e indirizzo

## 4. Indicazioni sulla formazione, professione e attività finora svolta

---

### 4.1 Persone esercitanti attività lucrativa e persone con attività accessoria

Attuale/ultima attività principale, attività a tempo parziale o attività accessoria

Tipo di attività % di occupazione

%

dal al

gg, mm, aaaa gg, mm, aaaa

Stipendio lordo per

CHF  ora  giorno  settimana  mese  anno

ora, settimana, mese

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Tipo di attività % di occupazione

%

dal al

gg, mm, aaaa gg, mm, aaaa

Stipendio lordo per

CHF  ora  giorno  settimana  mese  anno

ora, settimana, mese

Nome e indirizzo del datore di lavoro

#### 4.2 Persone senza attività lucrativa

Descrizione del lavoro/funzione casalinga, studente, ecc.	dal gg, mm, aaaa	al gg, mm, aaaa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 4.3 Disoccupazione

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se é stata riconosciuta un'indennità disoccupazione)

dal al in %

%

gg, mm, aaaa gg, mm, aaaa

%

gg, mm, aaaa gg, mm, aaaa

### 5. Indicazioni sulle limitazioni dovute al danno alla salute

#### 5.1 Indicazioni dettagliate a riguardo del danno alla salute

Da quando sussiste il danno?

mm, aaaa

## 5.2 Infortunio o origine del danno

Il danno alla salute è da ricondurre interamente o parzialmente a:

- Un infortunio (per es. circolazione stradale, nell'esercizio di un'attività professionale o sportiva, atto di violenza, ecc.)
- Un altro avvenimento (per es. possibile violazione delle regole dell'arte medica, infezione contratta in un ospedale, danni causati da animali o prodotti, tentativo di suicidio, ecc.)
- Una malattia

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

## 5.3 Medico, ospedale o casa di cura

Chi da ultimo ha prestato le cure mediche, rispettivamente chi ha ordinato il mezzo ausiliario richiesto?

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

Via

N°

NPA

Località

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

Via

N°

NPA

Località

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

## 5.4 Mezzi ausiliari

Dispone già di mezzi ausiliari (protesi, carrozzella, ecc.)?

sì  no

In caso affermativo, descrizione esatta?

dal

gg, mm, aaaa

## 6. Modalità di pagamento

---

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

IBAN

Nome e indirizzo della banca

## Autorizzazione a fornire informazioni

---

Con la rivendicazione del diritto a prestazioni, la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale autorizza le persone e gli enti indicati nella richiesta a fornire tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti, necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso. Queste persone ed enti sono soggetti all'obbligo di informare.

I datori di lavoro non segnatamente indicati nella richiesta, i fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36-40 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), assicurazioni ed uffici amministrativi sono obbligati, su richiesta, a fornire agli organi dell'assicurazione invalidità tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti, necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso. La persona assicurata sarà informata dei contatti presi con queste persone e questi servizi.

Con la rivendicazione del diritto a prestazioni la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale autorizza anche avvocati/avvocatesse a rilasciare informazioni a riguardo del regresso verso terzi. Nell'ambito della presente autorizzazione, tutte le persone summenzionate e gli enti pubblici sono liberati dal segreto d'ufficio e dal segreto professionale da parte della persona assicurata verso gli organi dell'assicurazione invalidità.

Questa autorizzazione conferisce diritto all'assicurazione invalidità di informare gli interessati nell'ambito dell'integrazione (medici curanti, datori di lavoro, istituzioni).

## Informazioni complete e veritiere

---

- Con l'invio di questo formulario, la persona che ha compilato la domanda, conferma che tutti i dati indicati e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Osservazioni

## Allegati

---

### Allegati al modulo:

- Copia di un documento personale ufficiale (p.es. libretto di famiglia, certificato individuale di stato civile o atto di famiglia, ricevute di documenti, passaporto, atto di unione domestica registrata) da cui può essere verificata l'identità di tutte le persone citate nella domanda di prestazioni
- Per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri
- Copia della risoluzione di curatela
- Copia della descrizione degli obblighi e dei compiti del curatore
- Copia di certificati medici,
- Copia di preventivi dei costi
- Copia di fatture
- Altro