



## 1. 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?

### 1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

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.

### 1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP

Luogo

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

NAP, Luogo

Via, n°

### 1.3 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.

#### 1.4 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

#### 1.5 Chi ha compilato il modulo?

- La persona assicurata  
 Una terza persona

Cognome, Nome

E-Mail

La persona assicurata ha acconsentito alla presentazione di questa domanda

sì  no

## 2. Stato civile

### 2.1 Situazione attuale

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Generalità del coniuge o del(la) partner registrato(a)

Cognome

Nomi

indicare anche il cognome da nubile

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

Numero AVS

gg, mm, aaaa

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

Data del matrimonio/della registrazione

gg, mm, aaaa

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Dati personali dell'ex-coniuge / dell'ex-partner

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero AVS

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

### 3. Figli

Indicare tutti i figli, anche se già maggiorenni.

Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femminile <input type="radio"/> maschile
Data di nascita	Ev. data decesso	Statuto
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femminile <input type="radio"/> maschile
Data di nascita	Ev. data decesso	Statuto
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femminile <input type="radio"/> maschile
Data di nascita	Ev. data decesso	Statuto
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> femminile <input type="radio"/> maschile
Data di nascita	Ev. data decesso	Statuto
<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="text"/> gg, mm, aaaa	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato

### 4. Indicazioni generali

#### 4.1 Domicilio e attività lavorativa

Al di fuori della Svizzera ha già  
- abitato?

sì  no

- lavorato, studiato o prestato servizio militare?

sì  no

dal	al	in
gg, mm, aaaa	gg, mm, aaaa	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Per persone coniugate, vedove e divorziate, rispettivamente persone in unione domestica registrata, sciolta giudizialmente o a causa di decesso:

Il/la partner al di fuori della Svizzera ha già  
- abitato?

sì  no

- lavorato, studiato o prestato servizio  
militare?

sì  no

dal  
gg, mm, aaaa

al  
gg, mm, aaaa

in  
Stato

#### 4.2 Richieste precedenti

Lei, il suo/la sua partner, rispettivamente il suo/la sua partner registrato/a ha già inoltrato una richiesta intesa ad ottenere prestazioni dall'assicurazione invalidità?

Per lei?

sì  no

Per il/la suo(a) coniuge, rispettivamente per il/la suo(a) partner registrato(a)?

sì  no

In caso affermativo, per quale pretazione e presso quale cassa di compensazione o ufficio AI?

#### 4.3 Inabilità lavorativa

dal  
gg, mm, aaaa

al  
gg, mm, aaaa

in %

#### 4.4 Assicurazioni

Si è annunciato o beneficia già di prestazioni

da un'assicurazione d'indennità giornaliera?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero di riferimento

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

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero d'infortunio e/o numero di riferimento

dall'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS)?

Nome e indirizzo della cassa di compensazione

da un istituto di previdenza professionale?

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza

dall'ufficio del sostegno sociale?

Nome e indirizzo dell'ufficio del sostegno sociale

dall'assicurazione militare?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero d'infortunio

dall'assicurazione contro la disoccupazione o da un ufficio regionale di collocamento (URC)?

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se è stata riconosciuta un'indennità disoccupazione) o dell'URC

dal  
gg, mm, aaaa

al  
gg, mm, aaaa

in %

%

%

Presso quale istituto di previdenza professionale (2. pilastro) era affiliato quando è insorta l'inabilità lavorativa oppure qual'è stato l'ultimo istituto presso cui è stato affiliato?

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza professionale

#### 4.5 Case management

Siete seguito/a da un Case Manager?

sì  no

In caso affermativo voglia indicare il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del Case Manager

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

#### 5.1 Lingua materna

#### 5.2 Scuole frequentate

#### 5.3 Formazione effettuata

**Tipo di formazione**

studio, apprendistato formazione pratica in azienda, ecc

**dal**

gg, mm, aaaa

**al**

gg, mm, aaaa

**Certificato**

Attestato di capacità/diploma, ecc.

**Nome e indirizzo dell'azienda presso cui ha svolto l'apprendistato**

**Tipo di formazione**

studio, apprendistato formazione pratica in azienda, ecc

**dal**

gg, mm, aaaa

**al**

gg, mm, aaaa

**Certificato**

Attestato di capacità/diploma, ecc.

**Nome e indirizzo dell'azienda presso cui ha svolto l'apprendistato**

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

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

Descrizione del lavoro/funzione

% di occupazione

dal

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Stipendio lordo

per

ora  giorno  settimana  mese  anno

Nome e indirizzo del datore di lavoro

Descrizione del lavoro/funzione

% di occupazione

dal

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Stipendio lordo

per

ora  giorno  settimana  mese  anno

Nome e indirizzo del datore di lavoro

#### 5.5 Persone senza attività lucrativa

Descrizione del lavoro/funzione

casalinga, studente, ecc.

dal

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

Descrizione del lavoro/funzione

casalinga, studente, ecc.

dal

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

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

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

Da quando sussiste il danno?

#### 6.2 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

### 6.3 Medico, ospedale o casa di cura

Voglia indicare il medico di famiglia così come altri medici curanti, ospedali o case di cura.

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

Nome e indirizzo

Specializzazione

Per quali affezioni?

In cura dal

In cura fino al

## 7. Modalità di pagamento

Conto bancario  Conto postale

Intestato a

nomi/cognomi

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).

## Obbligo di cooperare

---

La persona assicurata si impegna ad intraprendere tutto quanto sia esigibile al fine di ridurre la durata e l'entità dell'inabilità lavorativa e di evitare l'insorgenza di un'invalidità. Essa prende inoltre atto di essere tenuta a partecipare attivamente a tutti i provvedimenti esigibili.

## 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
- Attestati di formazione, attestazioni delle aziende formatrici, di scuole superiori e dei datori di lavoro
- Copia della risoluzione di curatela
- Copia della descrizione degli obblighi e dei compiti del curatore
- Copia di certificati medici,
- Copia della sentenza di separazione coniugale o di divorzio arrecante il timbro di crescita in giudicato o copia della convenzione di divorzio o di separazione vidimata legalmente
- Copia dei certificati di nascita dei figli
- Copia di certificato di esistenza in vita
- Copia di certificato di morte
- Altro