



## Compensazione di pagamenti retroattivi dell'AVS/AI e dell'IPG (indennità di maternità)

Assicurato/a: (cognome, nome, indirizzo)	Indirizzo della cassa di compensazione/dell'ufficio AI:
Numero AVS:	
Indirizzo del richiedente:	

### 1. Il richiedente ha fornito una prestazione anticipata in qualità di:

#### Istituto di assicurazione ai sensi della legge

sull'assicurazione contro la disoccupazione (LADI)

sull'assicurazione malattie (LAMal)

sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)

sull'assicurazione militare (LAM)

#### altro fornitore di prestazioni (terzo che ha fornito anticipi)

assicurazione collettiva d'indennità giornaliera ai sensi della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)

assicuratore infortuni in ambito sovraobbligatorio

assicuratore della responsabilità civile

datore di lavoro

istituto di previdenza del datore di lavoro

servizio pubblico d'assistenza

altri \_\_\_\_\_

#### La richiesta di compensazione di altri fornitori di prestazioni si basa su:

disposizioni legali dalle quali nasce chiaramente un diritto diretto alla restituzione nei confronti dell'AVS/AI/IPG in seguito a pagamenti retroattivi. Una mera clausola di sovrassicurazione non è sufficiente.

disposizioni contrattuali (p. es. condizioni assicurative generali per un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera, statuti di un istituto di previdenza, contratto collettivo di lavoro) dalle quali nasce un diritto diretto alla restituzione nei confronti dell'AVS/AI/IPG.

consenso firmato della persona che ha ricevuto anticipi o del suo rappresentante. La firma deve apparire imperativamente nella presente rubrica. Con la firma l'avente diritto o il suo rappresentante si dichiarano d'accordo che il pagamento retroattivo dell'AVS/AI/IPG venga versato direttamente al terzo che ha fornito anticipi fino ad un importo massimo corrispondente alle prestazioni anticipate concesse per lo stesso arco di tempo.

Luogo e data

Firma dell'avente diritto o del suo rappresentante

E' richiesta una compensazione?

sì  no

E' richiesta una compensazione?

sì  no

allegare le disposizioni corrispondenti

allegare le disposizioni corrispondenti

Luogo e data

Firma del richiedente

---

## 2. Comunicazioni della cassa di compensazione

Alla persona assicurata spetta il seguente pagamento retroattivo dell'AVS/AI/IPG:

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ fr. \_\_\_\_\_

La somma del pagamento retroattivo si compone come segue:

Rispedire la richiesta di compensazione al più tardi entro il \_\_\_\_\_. Se la risposta non perviene entro questo termine, la cassa di compensazione può procedere al pagamento con effetto liberatorio.

Se il termine non può essere rispettato, avvertire immediatamente la cassa di compensazione.

Luogo e data

Timbro e firma della cassa di compensazione

---

Copia a:

---

## 3. Richiesta di compensazione

E' richiesta la compensazione?      sì      no

Se sì, per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ fr. \_\_\_\_\_

*Gli assicuratori secondo la LADI, LAINF, LAMal o LAM sono tenuti ad allegare alla presente richiesta una copia della decisione o della comunicazione di restituzione destinata alla persona assicurata.*

*Richieste di bonifico di pagamenti retroattivi di assicuratori secondo la LADI, LAINF, LAMal o LAM hanno la precedenza rispetto a quelle di altri fornitori di prestazioni.*

*Altri fornitori di prestazioni sono tenuti ad allegare alla presente richiesta un conteggio dettagliato delle loro prestazioni anticipate. Queste possono essere compensate solo se coincidono dal punto di vista temporale con gli importi dei pagamenti retroattivi dell'AVS/AI/IPG.*

Se diversi *altri fornitori di prestazioni* hanno presentato domanda di bonifico di pagamenti retroattivi e se i richiedenti soddisfano le premesse formali, il pagamento retroattivo va suddiviso tra di loro in proporzione alle prestazioni anticipate fornite.

Effettuare il bonifico all' indirizzo seguente (allegare ev. la cedola di pagamento):

---

Luogo e data

Timbro e firma del richiedente

---

## 4. Decisione della cassa di compensazione

Luogo e data

Timbro e firma della cassa di compensazione

---