



Modulo di domanda

Indennizzo / riparazione morale per danni da vaccinazione secondo la legge sulle epidemie (LEp; RS 818.101)

La preghiamo di compilare il modulo nel modo più preciso ed esaustivo possibile e di allegare i giustificativi necessari. I Suoi dati saranno trattati con la massima riservatezza.

1. Données personnelles concernant la personne ayant subi le préjudice

Cognome	
Nome	
Via, n.	
NPA, luogo	
Data di nascita	
Telefono	
E-mail	
Professione/Attività	

La preghiamo di allegare una copia del documento d'identità.

2. Rappresentanza per la procedura

Ha designato un/a rappresentante legale per la procedura d'indennizzo / di riparazione morale per danni da vaccinazione?

☐ Sì ☐ No

Se sì, di chi si tratta (ad es. genitore, curatore/trice, avvocato/a)?

--

Dati personali del/la rappresentante legale

Cognome	
Nome	
Via, n.	
NPA, luogo	
Telefono	
E-mail	

La preghiamo di allegare la procura a favore della persona che La rappresenta o una copia del suo mandato legale e una copia del suo documento d'identità.

3. Informazioni sulla vaccinazione

Nome della vaccinazione o del vaccino (e, se noto, numero di lotto)	
Data della vaccinazione	
Luogo della vaccinazione / Cantone	

Nome e indirizzo della persona o dell'istituto che ha eseguito la vaccinazione	
Nome :	Indirizzo :

La preghiamo di allegare il certificato di vaccinazione.

4. Informazioni sui disturbi

Data alla quale si sono manifestati i primi disturbi dopo la vaccinazione	
Durata dei disturbi	
Descrizione dei disturbi. Se necessario, utilizzare un foglio supplementare.	
Data della prima consultazione medica (per i disturbi sopra citati)	

La preghiamo di indicare qui sotto i medici e gli istituti consultati per i disturbi citati:

Nome dell'istituto (ospedale, clinica), servizi(o) consultati(o) e indirizzo	Nome del o dei medici consultati	Date di consultazione e/o ricovero

Ha un medico curante o un pediatra?	☐ Sì ☐ No
Se sì, La preghiamo di indicarne il nome e l'indirizzo.	
Nome	Indirizzo

La preghiamo di allegare i referti medici in Suo possesso, che ci servono per accertare un nesso causale tra la vaccinazione e i Suoi problemi di salute, condizione indispensabile per il diritto all'indennizzo.

5. Svincolo dal segreto professionale

La persona sottoscritta

Nome, cognome	
Data di nascita	

svincola dall'obbligo del segreto professionale i medici e i capiservizio degli istituti menzionati al numero 4 e li autorizza a trasmettere al DFI informazioni complementari e i documenti necessari al disbrigo della domanda d'indennizzo / di riparazione morale per il danno/i danni dovuti a vaccinazione.

Luogo e data :

--

Firma della persona danneggiata o del/la rappresentante legale (in questo caso, La preghiamo di allegare la procura che autorizza questa persona a svincolare i medici dal segreto professionale):

6. Danni fatti valere

Elenco dei danni (p. es. spese mediche, perdita di guadagno, altra posizione del danno) non ancora indennizzati da terzi, in particolare dall'assicurazione malattie o da altre assicurazioni (per le spese mediche, La preghiamo di indicare il totale nella tabella 6.1 e di stilare un elenco dettagliato nella tabella 6.2).

6.1 Tabella dei danni fatti valere (totale per posizione)

La preghiamo di indicare ogni posizione singolarmente e di allegare i rispettivi giustificativi. Se necessario allestire su un foglio supplementare una distinta degli importi per ogni posizione.

Posizioni di danni non ancora coperti	Totale in CHF (per posizione di danno)
Totale delle spese mediche non ancora coperte (secondo la tabella dettagliata 6.2)	
Totale della perdita di guadagno fatta valere	

Altra posizione del danno fatto valere:	
Altra posizione del danno fatto valere:	
Altra posizione del danno fatto valere:	

La preghiamo di allegare tutti i giustificativi. Per la posizione «perdita di guadagno», allegare i conteggi salariali e i conteggi delle prestazioni dell'eventuale assicurazione per perdita di guadagno.

6.2 Tabella dettagliata delle spese mediche non coperte dall'assicurazione malattie di base, ma prescritte da un medico

La franchigia annuale legale o contrattuale e la partecipazione annuale obbligatoria di 700 franchi non sono considerate danni ai sensi della LEp. Di conseguenza, se il danno non coperto è costituito unicamente da questi importi, non potrà essere indennizzato.

Nome e indirizzo del fornitore della prestazione e natura della prestazione	Data della prestazione	Importo non rimborsato e motivo addotto dall'assicurazione malattie

La preghiamo di allegare la fattura di ogni fornitore di prestazioni (medico, terapeuta ecc.), la prescrizione medica e i conteggi dell'assicurazione malattie.

7. Riparazione morale (danno immateriale)

Secondo l'articolo 65 LEp, soltanto una **grave** lesione alla salute fisica o psichica può giustificare un indennizzo finanziario a titolo di riparazione morale. La riparazione morale esprime il riconoscimento da parte della collettività della situazione difficile in cui la persona lesa è venuta a trovarsi in seguito al danno cagionato dalla vaccinazione e ha lo scopo di alleviarne le sofferenze fisiche o mentali. È accordata unicamente in caso di lesioni gravi, per esempio lesioni irreversibili o di durata molto lunga, di processi di guarigione lunghi e complicati o di intense sofferenze fisiche e/o mentali.

Per valutare la gravità della lesione, si tiene conto in particolare dei fattori seguenti: reversibilità della lesione, durata dell'incapacità al lavoro, durata della degenza, natura del trattamento medico (operazioni ecc.), grado d'invalidità, sconvolgimento della vita professionale o privata. La riparazione morale massima prevista dalla legge è di 70 000 franchi, il che equivale a una grave lesione irreversibile alla salute (cfr. i margini per la fissazione della riparazione morale per lesioni gravi all'integrità fisica o mentale dovuti a vaccinazione, pubblicati sulla pagina Internet dedicata all'argomento).

Descrizione del danno immateriale:

8. Prestazioni di terzi (sussidiarietà)

Possono essere versate prestazioni finanziarie soltanto se il danno non è coperto da terzi (p. es. assicurazioni) o lo è soltanto in misura insufficiente. Se al momento della presentazione della presente domanda ne è pendente un'altra presso un terzo, la presente procedura può essere sospesa in attesa della decisione del terzo.

8.1 Prestazioni dell'assicurazione malattie

A Con quale compagnia assicurativa ha stipulato l'assicurazione malattia di base?

La preghiamo di allegare una copia della polizza d'assicurazione.

Ha una o più assicurazioni complementari? ☐ Sì ☐ No

Se sì, presso quale compagnia assicurativa?

8.2 Prestazioni di altri assicuratori o di altri terzi

Ha richiesto prestazioni ad altri assicuratori o altri terzi per i danni dovuti a vaccinazione?

☐ Sì ☐ No

Se sì, a quali altri assicuratori o terzi?

☐ Assicurazione invalidità AI (*allegare copia della domanda*)

☐ Assicurazione per perdita di guadagno: La preghiamo di indicare la compagnia assicurativa e il datore di lavoro:

☐ Altre assicurazioni: La preghiamo di indicare il nome della compagnia assicurativa (*allegare copia della domanda*)

☐ Altri terzi (p. es. medico, produttore del vaccino ecc.): La preghiamo di indicare il nome del terzo (*allegare copia della domanda*)

Ha già percepito prestazioni da altri assicuratori o altri terzi per i danni dovuti alla vaccinazione?

☐ Sì ☐ No

Se sì:

☐ Assicurazione invalidità AI

☐ Assicurazione per perdita di guadagno

☐ Altre assicurazioni: La preghiamo di indicare il nome della compagnia assicurativa:

☐ Altri terzi (p. es. medico, produttore del vaccino ecc.)

La preghiamo di allegare tutti i documenti pertinenti, in particolare conteggi e decisioni.

9. Autorizzazione a fornire informazioni / consultare gli atti

La persona sottoscritta

Cognome, Nome	
Data di nascita	

autorizza i servizi interessati, segnatamente Swissmedic (per il dossier di farmacovigilanza), gli assicuratori-malattie, gli assicuratori-infortuni o altri assicuratori, a fornire al DFI le informazioni e l'accesso ai documenti necessari ad accertare il diritto alle prestazioni d'indennizzo/riparazione morale richieste per il danno/i danni dovuti a una vaccinazione.

Luogo, data e firma della persona danneggiata o dell/la rappresentante legale (*in questo caso, allegare la procura*)

10. Firma

La persona danneggiata conferma di aver fornito risposte esaustive e veritiere. Prende atto dell'obbligo di fornire al DFI tutte le informazioni e i documenti necessari ai fini della valutazione della domanda. L'autorità si riserva il diritto di non fornire prestazioni in caso di mancato rispetto dell'obbligo di collaborare.

Luogo, data e firma della persona danneggiata o di chi la rappresenta (*in questo caso, allegare la procura*):

11. Allegati

La preghiamo di allegare alla domanda tutti i giustificativi richiesti ai numeri 1–10:

- ☐ Copia del documento d'identità (n. 1)
- ☐ Procura o copia del mandato legale (curatela, tutela ecc.) e del documento d'identità del/la rappresentante legale (n. 2)
- ☐ Libretto o certificato di vaccinazione (n. 3)
- ☐ Referti medici (n. 4)

- ☐ Giustificativi per i danni non coperti elencati nella tabella 6.1 (p. es. conteggi salariali, conteggi di prestazioni dell'assicurazione per perdita di guadagno ecc.)

- ☐ Giustificativi per le spese mediche non coperte elencate nella tabella 6.2: prescrizione o prescrizioni mediche, fattura/e dei fornitori di prestazioni, conteggi dell'assicurazione malattie

- ☐ Copia delle polizze dell'assicurazione malattie di base e delle assicurazioni complementari (n. 8.1)

- ☐ Copia dei documenti pertinenti, in particolare di conteggi o decisioni di altre assicurazioni o altri terzi (n. 8.2)

- ☐ Altri documenti: _____

La preghiamo di datare e firmare il modulo e di inviarlo per posta, unitamente a tutti gli allegati, all'indirizzo seguente:

Dipartimento federale dell'interno, Segreteria generale, Inselgasse 1, 3003 Berna