

ISTITUTO SCOLASTICO			
	N. Pol. Infortuni/RC/Assistenza		
	N. Pol. Tutela Giudiziaria		
	Data effetto:	Data scadenza:	
	Periodo di assicurazione		

Barrare con una "X" la casella interessata **CONTINUAZIONE SINISTRO** **CHIUSURA SINISTRO**

Data Sinistro		Numero sinistro	
Assicurato: Cognome		Nome	Cod. Fisc.
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Cittadinanza Sesso
Residente in via	CAP	Città	Prov.
Tel Casa	Tel Ufficio	Cell.	Fax
Mail	@		
Qualifica professionale		Qualifica assicurativa	
Se studente: Classe - Sezione - Corso			

SE MINORE

Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà:		Nominativo del 2° genitore:	
Cognome	Nome	Cognome	Nome

SI ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE RIFERITA AL SINISTRO:

<input type="checkbox"/> Nr. Referti medici	<input type="checkbox"/> Nr. Relazioni mediche
<input type="checkbox"/> Nr. Prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/> Nr. Bene rotto/danneggiato (occhiali, ecc.)
<input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione modalità accadimento	<input type="checkbox"/> Nr. Relazione docente/Preposto alla sorveglianza
<input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione testimoniale	<input type="checkbox"/> Nr. Documentazione radiografica (RX, ecc.)
<input type="checkbox"/> Nr. Consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili	<input type="checkbox"/> Nr. Copia fattura originaria di acquisto del bene rotto/danneggiato (occhiali, ecc.)
<input type="checkbox"/> Nr. Originale ticket	<input type="checkbox"/> Nr. Originale fattura/ricevuta/notula/parcella
<input type="checkbox"/> Nr. Cartella clinica integrale (copia conforme)	<input type="checkbox"/> Nr. C.A.I. (Constatazione Amichevole Incidente)
<input type="checkbox"/> Nr. Verbale autorità Pubblica Sicurezza	<input type="checkbox"/> Nr. Altro (Specificare)



Luogo e Data



Firma dell'Infortunato, o nel caso di infortunio a minore, firma dell'esercente la potestà

ATTENZIONE!	①	SE AVETE BARRATO LA CASELLA "CONTINUAZIONE SINISTRO"	INVIARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE ESCLUSIVAMENTE VIA FAX AL
	②	SE AVETE BARRATO LA CASELLA "CHIUSURA SINISTRO"	INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA ALL'INDIRIZZO: BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c. - DIVISIONE SINISTRI SCUOLE - VIA DEL LIDO 106 04100 LATINA
	③	La documentazione di spesa prodotta in copia non è valida ai fini del rimborso La documentazione di spesa prodotta per i referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile	