

MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO

N° POL. INFORTUNI RC ASSISTENZA:

N° POL. TUTELA GIUDIZIARIA:

Data effetto:

Data scadenza:

La compilazione dei campi è obbligatoria – scrivere in stampatello

| | |
|---------------|-----------------|
| Data Sinistro | Numero sinistro |
|---------------|-----------------|

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

| | | | | |
|---------------------|-------|-----------|-----------------|-------|
| Assicurato: Cognome | | Nome | Data di nascita | |
| Residente a: | | Indirizzo | CAP | Prov. |
| Tel. | Cell. | E-Mail | telefax | |

| | |
|--|----------------------------|
| Se minore: Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà: | Nominativo del 2° genitore |
|--|----------------------------|

allegare TUTTA la documentazione riferita all'infortunio:

| | |
|--|---|
| <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 circostanziata 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. Modulo 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. Altro (Specificare) |

⚠ La documentazione di spesa prodotta in copia non è valida ai fini del rimborso.

⚠ La documentazione di spesa relativa ai referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile.

In caso di chiusura, per la liquidazione indicare la modalità di pagamento desiderata:

Bonifico Bancario

| | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Conto Corrente nr. | Codice ABI: | Codice CAB: | Codice CIN: |
| IBAN: | | | |
| Intestatario/i Conto Corrente: | | | |
| Istituto di credito | | | |
| Agenzia e relativo indirizzo: | | | |

Assegno Bancario

| | |
|-------------|--------------|
| Intestato a | Residente a: |
| Indirizzo | Cap telefono |

data

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

| | |
|--------------------|---|
| ATTENZIONE! | Se avete barrato la casella "CONTINUAZIONE SINISTRO": INVIARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA E DI SPESA AL NUMERO VERDE FAX 800 68 86 59 |
| | SE AVETE BARRATO LA CASELLA "CHIUSURA SINISTRO" INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA ALL'INDIRIZZO: BENACQUISTA ASSICURAZIONI SNC - DIVISIONE SINISTRI SCUOLE - VIA DEL LIDO 106 04100 LATINA E-MAIL sinistri@sicurezzascuola.it – INTERNET www.sicurezzascuola.it |