

| ISTITUTO SCOLASTICO | | | |
|---|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| ISTITUTO COMPRENSIVO BIANCHI - SCIGLIANO | | N. Pol. Infortuni/RC/Assistenza | 7068 |
| VIA MUNICIPIO 87057 SCIGLIANO (CS) | | N. Pol. Tutela Giudiziaria | 20007068 |
| Tel: 0984966289 | Fax: 0984966289 | Data effetto: 04/10/2009 | Data scadenza: 04/10/2012 |
| Cod.Min: CSIC864005 | Cod.Fisc: 99332900788 | Periodo di assicurazione | 04/10/2009 - 04/10/2010 |
| Email: csmm229001@istruzione.it | | | |

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 (obbligatoria solo in caso di chiusura)

| | | | | |
|--------------------|---|---|---|--|
| 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 | | |

