

Inviare esclusivamente al n.



ISTITUTO SCOLASTICO					
ISTITUTO COMPRENSIVO BIANCHI - SCIGLIANO VIA MUNICIPIO 87057 SCIGLIANO (CS) Tel: 0984966289 Fax: 0984966289 Cod.Min: CSIC864005 Cod.Fisc: 99332900788 Email: csmm22900I@istruzione.it		N. Pol. Infortuni/RC/Assistenza		7068	
		N. Pol. Tutela Giudiziaria		20007068	
		Data effetto: 04/10/2009		Data scadenza: 04/10/2012	
		Periodo di assicurazione		04/10/2009 - 04/10/2010	
Data Sinistro		Ora	Luogo		
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	
E-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 e Nome			Cognome e Nome		
In caso di polizza emessa con elenco nominativo riguardante allievi/personale docente/personale non docente dichiarare se il soggetto ha provveduto al versamento della quota di premio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO (in caso di incidente stradale fornire i dati relativi alla controparte allegando copia della constatazione amichevole):					
Ambito di accadimento					
Al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare?					
Cos'è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio?					
In conseguenza a ciò cos'è accaduto?					
Soggetto organizzatore			Soggetto vigilante		
Eventuali testimoni					
Eventuali persone ritenute responsabili dei fatti					
Tipo di lesione		Sede della lesione		Giorni di prognosi	
L'infortunato è stato ricoverato in ospedale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Se SI, quale?		

Allegati obbligatori:

- Documentazione medica (**TUTTA**) rilasciata dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso. Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista semprechè detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Firma dell'Insegnante
Timbro dell'Istituto Scolastico Firma del Dirigente

Secondo quanto previsto dall' Art. 35 Punto 27 Legge n.248 del 2006, il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte pena l'impossibilità di portare a termine la gestione del sinistro.


benacquista
assicurazioni

BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c. - Agenzia Generale

04100 Latina – Via del Lido, 106 – Tel. 0773 62 981 - Telefax 0773 62 98 35

N. Iscrizione R.U.I. A000163952 Reg.to ISVAP n. 5 del 16.10.2006 - P.I. 00565010592

www.sicurezzascuola.it - sinistri@sicurezzascuola.it – **Numero Verde 800.013.155**