

ISTITUTO SCOLASTICO	
	N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria AIG Europe Limited
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

Residente in via CAP Città Prov

Tel. casa Altro Tel. 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 (cognome) Nome

Nominativo del 2° genitore (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

FIRMARE QUI

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 0773.019867
②	se avete barrato la casella "CHIUSURA SINISTRO"	INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA A: I.G.S. S.R.L VIA LIGABUE, 2 - 04100 LATINA
③	La documentazione di spesa prodotta in copia NON E' VALIDA ai fini del rimborso La documentazione di spesa prodotta per i referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile	