

| ISTITUTO SCOLASTICO | |
|---------------------------------|---|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. |
| | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA |
| 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 _____ Firma dell'infortunato o nel caso di infortunio a minore firma dell'esercente la potestà _____



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