

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
<b>Data effetto:</b>	<b>Data scadenza:</b>
<b>Periodo di assicurazione</b>	

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	