

MODULO DENUNCIA SINISTRO
PROGRAMMA ASSICURATIVO SI SCUOLA PRIMA

da inviare al fax 059.4909002

DATI DELLA SCUOLA

ISTITUTO _____ P.I. _____

INDIRIZZO _____ N° POLIZZA _____

ATTENZIONE: Si ricorda che vi sono 30 giorni di tempo per effettuare la denuncia di sinistro. Si raccomanda pertanto di inviare entro i termini il presente modulo completo di tutti i dati richiesti.

I dati mancanti potrebbero dar luogo a ritardi od impedimenti nella normale prosecuzione della pratica

ESISTE POLIZZA DI ASSICURAZIONE REGIONALE IN CONVENZIONE? SI NO

SE SI QUALE?.....

IMPORTANTE ! INVIARE LA DENUNCIA ANCHE ALL'EVENTUALE ASSICURAZIONE REGIONALE

DATA DEL SINISTRO/...../.....

DATA DELLA DENUNCIA/...../.....

DATI DEL DANNEGGIATO

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ FAX _____ CELL. _____

C.F. _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE (DANNEGGIATO MINORENNE)

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ FAX _____ CELL. _____

C.F. _____

DOVE INVIARE LE COMUNICAZIONI _____ DOMICILIO DANNEGGIATO DOMICILIO GENITORE/TUTORE

DESCRIZIONE DEI FATTI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INTERVENTO DEL MEDICO DR.

PRIME VALUTAZIONI

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del DS e Timbro della Scuola

NB: se desiderate inviare questa comunicazione anche a mezzo posta, Vi preghiamo di segnalarcelo per evitare di aprire più pratiche in capo allo stesso sinistro. Grazie!

