

ISTITUTO SCOLASTICO											
Tel: Cod.Min: Email:				Fax: Cod.Fisc:		N.Pol. infortuni/R.C./assistenza/tutela giudiziaria AIG Europe Limited					
						Data effetto:				Data scadenza:	
						Periodo di assicurazione					
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					
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, Nome					Cognome, 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 sempreché 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
Gestione Liquidazione Sinistri:
I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
 Tel +39.0773.60.23.78 - Fax 0773.01.98.67
 Internet: www.sicurezza scuola.it - E-mail: sinistri@sicurezza scuola.it