

Inviare esclusivamente al n. **0773.019867**

ISTITUTO SCOLASTICO					
Tel:		Fax:		N.Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited	
Cod.Min:		Cod.Fisc:		Data effetto:	Data scadenza:
Email:				Periodo di assicurazione	
Data Sinistro		Ora	Luogo		
Cognome		Nome		Cod. Fisc.	
Data di nascita		Luogo di nascita		Prov.	Cittadinanza
Residente in via		CAP	Città		Prov.
Tel Casa		Tel Ufficio		Cell.	Fax
Mail					
Qualifica professionale			Qualifica assicurativa		
Se studente: Classe - Sezione - Corso					
<b>SE MINORE</b>					
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					
<b>DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO</b> (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

FIRMARE QUI

FIRMARE QUI

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](http://www.sicurezza scuola.it) - E-mail: [sinistri@sicurezza scuola.it](mailto:sinistri@sicurezza scuola.it)