MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO
VORDRUCK FÜR FORTBESTAND UND/ODER ABSCHLUSS DES SCHADENSFALLS

N° POL. INFORTUNI RC/Police Nr. UNFALL HAFTPFLICHT: IAH0012493

Tel. **Fax.**
Cod.Min. **Cod.Fisc.**
Email.

Data Effetto 28.02.2017 Data Scadenza 28.02.2021

La compilazione dei campi è obbligatria/Auszufüllende Pflichtfelder – Scrivere in stampatello/Angaben bitte in Druckschrift

Data Sinistro Unfalldatum	Numero sinistro Unfallnummer

Barrare con una "X" la casella interessata/ Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ **CONTINUAZIONE SINISTRO/**FORTBESTANDDESSCHADENSFALLS ☐ **CHIUSURA SINISTRO/**ABSCHLUSS DES SCHADENSFALLS

Assicurato: Cognome **Versicherter:** Familienname	Nome Vorname	Data di Nascita Geburts-datum	
Residente a: Wohnhaft in:	Indirizzo Anschrift	CAP PLZ	Prov.
Tel.	Cell.:	E-Mail	Telefax
Se minore: Nominativo del genitore o di chi esercita la patria potestà: **Bei Minderjährigen:** Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten:		Nominativo del 2° genitore: Name des 2. Elternteils:	

Allegare TUTTA la documentazione riferita all'infortunio/Bitte die GESAMTE Dokumentation des Unfalls beilegen:

☐	Nr.	Referti medici/Ärztliche Befunde	☐	Nr.	Relazioni mediche/Ärztliche Berichte
☐	Nr.	Prescrizioni mediche/Ärztliche Verordnungen	☐	Nr.	Bene rotto/danneggiato (Occhiali Etc.)/Zerbrochene/beschädigte Sache (Brille usw.)
☐	Nr.	Dichiarazione circostanziata modalità di accadimento/Ausführliche Angaben zum Vorfallshergang	☐	Nr.	Relazione docente preposto alla sorveglianaza/Bericht des Dozenten / der Aufsichtsperson
☐	Nr.	Dichiarazione testimoniale/Zeugenerklärung	☐	Nr.	Documentazione radiografica/Radiographische Dokumentation (Röntgenaufnahmen usw.)
☐	Nr.	Modulo consenso trattametno dei dati personali generali e sensibili/Vordruck für die Zustimmung zur Verarbeitung der allgemeinen und sensiblen personenbezogenen Daten	☐	Nr.	Copia fattura originaria di acquisto del bene rotto/daneggiato (occhiali, etc)/Kopie der ursprünglichen Kaufrechnung der zerbrochenen/beschädigten Sache (Brille usw.)
☐	Nr.	Originale ticket/Originalbeleg „Ticket"	☐	Nr.	Originale fattura, ricevuta, notula, parcella/Original Rechnung, Quittung, Kostennote, Honorarrechnung
☐	Nr.	Cartella clinica integrale (copia conforme)/ Vollständiger Krankenbericht (originalgetreue Kopie)	☐	Nr.	Altro (specificare)/Sonstiges (bitte angeben)

A **La documentazione di spesa prodotta in copia non è valida ai fini del rimborso/**
In Kopie vorgelegte Kostenbelege haben keine Gültigkeit für die Erstattung.

A **La documentazione di spesa relativa ai referti medici ad uso assicurativo(INAIL) non è rimborsabile/**
Kostenbelege der ärztlichen Befunde für Versicherungszwecke (INAIL) werden nicht erstattet.

In caso di chiusura, per la liquidazione indicare la modalità di pagamento desiderata/ Bei Abschluss bitten wir um Angabe der gewünschten Zahlungsweise für die Liquidation:

☐ **Bonifico Bancario/Banküberweisung**

IBAN:																											

Intestatario conto corrente/Kontoinhaber:

☐ **Assegno Bancario/Bankscheck**

Intestato a/ Ausgestellt an	Residente a/Wohnhaft in:	
Codice Fiscale/P.IVA/ Steuernummer/ Mehrwertsteuernummer des Begünstigten der Zahlung:		
indirizzo/Anschrift	CAP/PLZ	telefono/Telefon

Data/Datum

Firma dell'Infotunato,o nel caso di infortunio a minore, firma dell'esercente la patria potestà
Unterschrift des Verunglückten, bzw. bei Unfall eines Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

ACHTUNG! *ATTENZIONE!*	Se avete barrato la casella" CONTINUAZIONE SINISTRO": INVIARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE MEDICA E DI SPESA AL NUMERO DI FAX 0773.01 98 67/ Wenn Sie „**FORTBESTAND DES SCHADENSFALLS**" angekreuzt haben: BITTE SCHICKEN SIE DIE GESAMTE ÄRZTLICHE DOKUMENTATION UND KOSTENBELEGE AN DIE FAXNUMMER 0773.01 98 67
	SE AVETE BARRATO LA CASELLA „CHIUSURA SINISTRO" INVIARE LA DOCUEMTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA ALL'INDIRIZZO DELLA SEDE LEGALE: BENACQUISTA ASSICURAZIONI SNC – DIVISIONE SINISTRI SCUOLA – VIA DEL LIDO, 106 04100 LATINA (LT) E-MAIL sinistri@sicurezzaducola.it – INTERNET www.sicurezzascuola.it/ WENN SIE "**ABSCHLUSS DES SCHADENSFALLS**" ANGEKREUZT HABEN, SCHICKEN SIE DIE KOSTENBELEGE BITTE IM ORIGINAL AUF DEM POSTWEG AN: **BENACQUISTA ASSICURAZIONI SNC - ABTEILUNG SCHULUNFÄLLE - VIA DEL LIDO 106 04100 LATINA (LT) E-MAIL sinistri@sicurezzascuola.it – INTERNET www.sicurezzascuola.it**

AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO TERRITORIALE DI MILANO 2

AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano
Tel. +39 02 36901, Fax. +39 02 3650222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano e C.F. / P.I. 08537330962 - REA Milano n. 1999051

Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260
Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479