

## MODELLO RACCOLTA DOCUMENTAZIONE

(DA COMPILARE IN CARATTERE STAMPATO LEGGIBILE)

### DATA DI ACCADIMENTO DELL'INFORTUNIO:

#### SOGGETTO INFORTUNATO

<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Data e luogo di nascita:</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Telefono:</b>	

### DATI DEL SOGGETTO CHE CONSEGNA LA DOCUMENTAZIONE

(il genitore / tutore / curatore per i minori, lo stesso studente infortunato se maggiorenne)

<b>Cognome e Nome:</b>	
<b>Data e luogo di nascita:</b>	
<b>Domicilio:</b>	

### DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA

<b>Certificato Medico rilasciato da uno dei seguenti soggetti</b> <b>PRONTO SOCCORSO</b> <b>MEDICO CURANTE</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ulteriore documentazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti conseguenti all'infortunio</b>	
<b>Esiste altra documentazione medica?</b> (in caso di risposta affermativa allegare documentazione precisando numero e tipologia dei documenti)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> N. Tipo docc.
<b>Referti, certificati, prescrizioni mediche e relativi ticket, fatture, ricevute fiscali debitamente quietanzate, scontrini ecc.</b> <b>IN ORIGINALE</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> N. documenti
<b>Preventivo per spese da sostenere e documentazione medica ad esse relativa</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> N. documenti

### DICHIARAZIONE DI PRESA CONOSCENZA DELLE NORME PROCEDURALI PER LA SUCCESSIVA DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

Io sottoscritto (genitore, tutore, curatore per i minori, lo stesso studente infortunato se maggiorenne) \_\_\_\_\_ prendo atto e consapevolmente dichiaro di essere informato che al fine di poter aprire la posizione relativa all'infortunio in oggetto e richiedere l'eventuale rimborso delle spese sanitarie a seguito di tale evento sostenute è mio onere ed obbligo produrre entro i SEI mesi dalla data di accadimento la seguente documentazione:

**RELATIVAMENTE ALL'INFORTUNIO:**

1. certificato medico predisposto dal Pronto Soccorso o dal medico curante; tale certificazione deve attestare la effettiva ed obiettiva presenza di lesioni;
2. ulteriore certificazione medica attestante la presumibile esistenza di postumi invalidanti derivanti dall'infortunio denunciato;

**RELATIVAMENTE ALLE SPESE MEDICHE SOSTENUTE A SEGUITO DI INFORTUNIO**

1. gli originali dei relativi ticket, fatture e ricevute fiscali, debitamente quietanzati e relativi alle prestazioni sanitarie sostenute a seguito dell'infortunio con annessi referti, certificati e prescrizioni mediche che ne costituiscano presupposto la cui somma sia superiore alla franchigia contrattuale di € 100,00;
2. copia del documento di identità del beneficiario o dei genitori in caso di minore;
3. l'indicazione delle coordinate bancarie (codice IBAN) sul modello di richiesta rimborso spese per prestazioni sanitarie a seguito di infortunio (modello D/16);
4. in caso di denuncia di infortunio con danneggiamenti arrecati ad occhiali nonché all'apparato dentario: devono essere necessariamente consegnati gli occhiali danneggiati, eventuali preventivi o fatture con la descrizione analitica degli interventi fatti o necessari, le foto del dente o dei denti scheggiati e/o rotti.

**In assenza del ricevimento della suddetta documentazione entro il termine indicato l'evento verrà archiviato senza inoltro alla Compagnia di Assicurazione con contestuale chiusura della posizione.**

Data,

Firma del Docente in obbligo di vigilanza estensore della denuncia:

\_\_\_\_\_

**COPIA DELLA PRESENTE DENUNCIA E' STATA CONSEGNATA AL GENITORE O A CHI ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE O LA TUTELA**

Firma del Dirigente Scolastico: \_\_\_\_\_

**L'ALUNNO SE MAGGIORENNE O IL GENITORE O IL SOGGETTO LEGITTIMATO A RAPPRESENTARE GLI INTERESSI DEL MINORE**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_