

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



N° POL. INFORTUNI RC/Police Nr. UNFALL HAFTPFLICHT: **IAH0014930**

Tel. Fax. Data Effetto Data Scadenza  
Cod.Min. Cod.Fisc. Versicherungsbeginn: 31/08/2021 Versicherungsende: 31/08/2021  
Email.

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

Data Sinistro Unfalldatum	Numero sinistro Unfallnummer		
<b>Barrare con una "X" la casella interessata/Zutreffendes bitte ankreuzen</b>			
<input type="checkbox"/> <b>CONTINUAZIONE SINISTRO/FORTBESTANDESSCHADENSFALLS</b> <input type="checkbox"/> <b>CHIUSURA SINISTRO/ABSCHLUSS DES SCHADENSFALLS</b>			
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'infotunio/Bitte die GESAMTE Dokumentation des Unfalls beilegen:**

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

<input type="checkbox"/> <b>Bonifico Bancario/Banküberweisung</b>		
IBAN:		
Intestatario conto corrente/Kontoinhaber:		
<input type="checkbox"/> <b>Assego Bancario/Bankscheck</b>		
Intestato a/ Ausgestellt an	Residente a/Wohnhaft in:	
Codice Fiscale/P.IVA/ Steuernummer/ Mehrwertsteuer Nummer des Begünstigten der Zahlung:		
indirizzo/Anschrift	CAP/PLZ	telefono/Telefon

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

<b>ACHTUNG! ATTENZIONE!</b>	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 „ <b>FORTBESTAND DES SCHADENSFALLS</b> “ 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 DOCUMENTAZIONE 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 <a href="mailto:sinistri@sicurezzaeduola.it">sinistri@sicurezzaeduola.it</a> – INTERNET <a href="http://www.sicurezzaeduola.it">www.sicurezzaeduola.it</a> 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 <a href="mailto:sinistri@sicurezzaeduola.it">sinistri@sicurezzaeduola.it</a> – INTERNET <a href="http://www.sicurezzaeduola.it">www.sicurezzaeduola.it</a>