

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



N° POL. INFORTUNI RC/Police Nr. UNFALL HAFTPFLICHT: IAH0014930_2

Tel.

Fax.

Data Effetto

Data Scadenza

Cod.Min.

Cod.Fisc.

Versicherungsbeginn: 31/08/2026 Versicherungsende: 31/08/2030

Email.

La compilazione dei campi è obbligatoria/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 Geburtsdatum		Prov.	
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'infornuto/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 Vorfalshergang	☐ Nr. Relazione docente preposto alla sorveglianza/Bericht des Dozenten / der Aufsichtsperson
☐ Nr. Dichiarazione testimoniale/Zeugenerklärung	☐ Nr. Documentazione radiografica/Radiographische Dokumentation (Röntgenaufnahmen usw.)
☐ Nr. Modulo consenso trattamento 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/danneggiato (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'Infornuto, o nel caso di infornuto 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 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 sinistri@sicurezzaeduola.it – INTERNET www.sicurezzaeduola.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@sicurezzaeduola.it – INTERNET www.sicurezzaeduola.it