



Dichiarazione Unica Apertura Sinistro

Il presente documento deve essere adeguatamente compilato in ogni sua parte ed allegato nell' Area Riservata in quanto necessario ai fini dell' apertura del sinistro

Istituto Scolastico

ISTITUTO COMPRESIVO S. PERTINI	Meccanografico	MOIC81400E
	N° Contratto	202930692
	Indirizzo	VIA EMILIA ROMAGNA, 290 41056
		Savignano sul Panaro MO

Dichiarazione evento

Il Sottoscritto *	In qualità di *:
-------------------	------------------

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle disposizioni dell'art. 75 del DPR 445/2000 e dell'art. 495 cp, in caso di dichiarazioni mendaci

Informazioni sul soggetto danneggiato

Nome e Cognome*	
Data di Nascita*	
In qualità di*	<input type="checkbox"/> Alunno <input type="checkbox"/> Operatore Scolastico <input type="checkbox"/> Personale Docente
Qualifica Assicurativa*	<input type="checkbox"/> Soggetto Pagante <input type="checkbox"/> Soggetto a titolo gratuito come da condizioni di polizza Categoria d' appartenenza* _____

Descrizione evento

Data e Ora accadimento*/...../..... :
Luogo accadimento*	
Dinamica*	
Testimoni*	
Sono presenti una o più delle seguenti condizioni?*	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Danni a cose del Contraente/Assicurato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Documentazione a supporto Sez. <u>Infortunati</u>	<p><i>Se "SI", ai fini dell' apertura del sinistro allegare documentazione a supporto.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificato di Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Certificato del medico Odontoiatra <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Documentazione Spese Mediche Sostenute <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Documentazione a supporto Sez. <u>Altri Danni ai Beni</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Foto del bene danneggiato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Fattura acquisto originaria bene danneggiato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No • Fattura acquisto nuovo bene o di riparazione <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Data, Lì

Firma del Dichiarante

(*) campo obbligatorio

Documento da allegare nella vs area riservata <https://app.inmemo.it/login>

Per qualunque causa di malfunzionamento, utilizzare e-mail sinistri.protezionescuola@agwr.it