

Spett.le
 SERVIZIO INFANZIA E ISTRUZIONE DEL PRIMO GRADO
 UFFICIO ISTRUZIONE DEL PRIMO CICLO
 Via Gilli, 3 – 38121 TRENTO

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

(DA COMPILARE IN CARATTERE STAMPATO LEGGIBILE)

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONI ASSICURAZIONI RECLA S.R.L.
(polizza n. 625.31.300599)

Parte 1 – Dati del richiedente

Cognome e Nome (dell'avente diritto):	
Data e luogo di nascita:	
Residente in:	
Riferimenti personali:	
Telefono fisso / cellulare	
Email	
In qualità di	genitore/..... dell'alunno infortunato
Cognome e nome dell'alunno infortunato	
Data e luogo di nascita:	
Iscritto all'anno scolastico	
Istituto scolastico frequentato	

Parte 2 – richiesta di rimborso

Il richiedente di cui alla Parte 1 chiede la liquidazione delle spese sostenute a seguito dell'infortunio subito dal/la figlio/a avvenuto il giorno ____ /20____ e per il quale è stata inviata apposita denuncia di infortunio in data _____ /20_____

Lo stesso dichiara:
 che in conseguenza dell'infortunio è sopravvenuta Invalidità Permanente SI NO

di aver già sostenuto spese per € _____,00

di dover ancora sostenere spese SI NO
 per € _____,00

Parte 3 – Documentazione medica

Certificato medico attestante l'Invalidità Permanente riportata	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Referti, certificati, prescrizioni mediche e relativi ticket, fatture, ricevute fiscali debitamente quietanzate, scontrini ecc. IN ORIGINALE	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> N. documenti
Preventivo per spese da sostenere e documentazione medica ad esse relativa	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> N. documenti

NOTA BENE:

1. affinché la richiesta di rimborso spese per prestazioni sanitarie sia considerata valida e quindi inoltrata alla Compagnia, è necessario allegare al presente modulo:
 - referti, certificati, prescrizioni mediche e relativi ticket, fatture, ricevute fiscali, debitamente quietanzate e in originale relative alle spese mediche sostenute a seguito dell'infortunio la cui somma sia superiore alla franchigia di polizza pari ad Euro 100,00;
 - copia del documento di identità del beneficiario o dei genitori in caso di minore;
 - inoltre, 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.
2. le spese eventualmente sostenute all'estero saranno rimborsate in Italia in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute;
3. informazioni riguardanti lo stato di trattazione della pratica potranno essere richieste direttamente a CATTOLICA SERVICES – LIQUIDAZIONE SINISTRI – Via Brennero, 13 – 38122 TRENTO – Telefono 0461/825257 – apertura al pubblico e orario di ricevimento telefonico: Lunedì e Mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 o tramite email all'indirizzo alessandro.sorio@cattolicaassicurazioni.it

Indicare le Coordinate bancarie (CODICE IBAN): _____

Data,

Firma dell'alunno (se maggiorenne) o del genitore richiedente o il soggetto legittimato:

L'ALUNNO SE MAGGIORENNE O IL GENITORE O IL SOGGETTO LEGITTIMATO A RAPPRESENTARE GLI INTERESSI DEL MINORE DICHIARANO DI AVER RICEVUTO, LETTO E SOTTOSCRITTO ALL'ATTO DELLA DENUNCIA DI INFORTUNIO, IL MODULO RECANTE LA INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E DI AVERE DATO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DI TALI DATI PER LE FINALITA' DESCRITTE NELLA INFORMATIVA.

Nome e Cognome: _____

Firma _____