

Spett.le  
 SERVIZIO ISTRUZIONE  
 UFFICIO PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE  
 DELL'ISTRUZIONE  
 Via Gilli, 3 – 38121 TRENTO

## RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

(DA COMPILARE IN CARATTERE STAMPATO LEGGIBILE)

**AXA ASSICURAZIONI S.P.A. – AG. GAMBONI S.R.L.**  
 (polizza n. 408560152)

### Parte 1 – Dati del richiedente

<b>Cognome e Nome (dell'avente diritto):</b>	
<b>Data e luogo di nascita:</b>	
<b>Residente in:</b>	
<b>Riferimenti personali:</b>	
<b>Telefono fisso / cellulare</b>	
<b>Email</b>	
<b>In qualità di</b>	genitore/ <input style="width: 100%;" type="text"/> dell'alunno infortunato
<b>Cognome e nome dell'alunno infortunato</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Data e luogo di nascita:</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Iscritto all'anno scolastico</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Istituto scolastico frequentato</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

### 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 50,00;
  - 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 AXA ASSICURAZIONE S.P.A. – ISPETTORATO GESTIONE E LIQUIDAZIONE SINISTRI – Via Lungadige Giacomo Leopardi 83 – 38122 TRENTO – Liquidatore dedicato: dott.ssa Donatella Callone  
NUMERO VERDE dedicato, 800.22.58.22 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 12.30 e dalle 15.30 alle 18.30  
Oppure tramite e-mail all'indirizzo [sinistriprovinciatrento@gamboniassicurazioni.it](mailto:sinistriprovinciatrento@gamboniassicurazioni.it), oppure via pec all'indirizzo [sinistri.gamboni@pec.net](mailto:sinistri.gamboni@pec.net)

Indicare le Coordinate bancarie (CODICE IBAN): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data,

Firma dello studente (se maggiorenne) o del genitore richiedente o il soggetto legittimato:  
\_\_\_\_\_