

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. 404324557)

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/ <input style="width: 100%;" type="text"/> 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 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. – LIQUIDAZIONE SINISTRI – Via Grazioli, 9 primo piano – 38122 TRENTO – Liquidatrice dedicata 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, oppure via pec all'indirizzo sinistri.gamboni@pec.net

Indicare le Coordinate bancarie (CODICE IBAN): _____

Data,

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