

Spett.le
SERVIZIO ISTRUZIONE

serv.istruzione@pec.provincia.tn.it

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

(DA COMPILARE IN CARATTERE STAMPATO LEGGIBILE)

RECLA ASSICURAZIONI SRL per conto di GENERALI ITALIA SPA
(polizza n. 732553398)

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	no
Referti, certificati, prescrizioni mediche e relativi ticket, fatture, ricevute fiscali debitamente quietanzate, scontrini.	si	no N. documenti
Preventivo per spese da sostenere e documentazione medica ad esse relativa	si	no 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 relative alle spese mediche sostenute a seguito dell'infortunio;
 - copia del documento di identità del beneficiario o del genitore in caso di minore;
 - inoltre, in caso di denuncia di infortunio con danneggiamento arrecato all'apparato dentario: devono essere necessariamente consegnati 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 RECLA ASSICURAZIONI SRL per conto di GENERALI ITALIA SPA

recapito telefonico 0461 824333 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30 e dalle 14.30 alle 17.00
oppure tramite pec all'indirizzo sinistrireclaassicurazioniisrl@pec.it

Indicare le Coordinate bancarie (CODICE IBAN): _____

Data,

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