



Dichiarazione Unica Apertura Sinistro

Il presente documento necessario ai fini dell' apertura del sinistro in piattaforma deve essere adeguatamente compilato in ogni sua parte. La dichiarazione Unica di Apertura deve essere corredata dalla Dichiarazione denuncia sinistro Istituto Scolastico e dall' Informativa Privacy adeguatamente compilata

Istituto Scolastico

	Meccanografico
	N° Contratto
	Indirizzo

Dichiarazione evento

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*	
Sono presenti una o più delle seguenti condizioni?*	<ul style="list-style-type: none">• Lesioni <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Danni a cose del Contraente/Assicurato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Tutela Legale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Assistenza <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Responsabilità Civile <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<i>Se "Sì", ai fini dell' apertura del sinistro allegare se presente documentazione a supporto.</i>	
Documentazione a supporto Sez. <u>Infortuni</u>	<ul style="list-style-type: none">• Certificato di Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Certificato del medico Odontoiatra <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Documentazione Spese Mediche Sostenute <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Attesa documentale
Documentazione a supporto Sez. <u>Altri Danni ai Beni</u>	<ul style="list-style-type: none">• Foto del bene danneggiato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Fattura acquisto originaria bene danneggiato <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Fattura acquisto nuovo bene o di riparazione <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No• Attesa documentale

Data, Li

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