



### 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

I.C. "FERRARIS"	Meccanografico	VCIC810005
	N° Contratto	202946333
	Indirizzo	P.ZZA CESARE BATTISTI 6 13100
	Vercelli VC	

#### 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 checked="" type="checkbox"/> Alunno <input checked="" type="checkbox"/> Operatore Scolastico <input checked="" type="checkbox"/> Personale Docente
Qualifica Assicurativa*	<input checked="" type="checkbox"/> Soggetto Pagante <input checked="" 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"> <li>• Lesioni <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Danni a cose del Contraente/Assicurato <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Tutela Legale <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Assistenza <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Responsabilità Civile <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> </ul>
<i>Se "SI", 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"> <li>• Certificato di Pronto Soccorso <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Certificato del medico Odontoiatra <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Documentazione Spese Mediche Sostenute <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Attesa documentale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul>
Documentazione a supporto Sez. <u>Altri Danni ai Beni</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto del bene danneggiato <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Fattura acquisto originaria bene danneggiato <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Fattura acquisto nuovo bene o di riparazione <span style="float: right;"><input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</span></li> <li>• Attesa documentale <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></li> </ul>

Data ....., Li .....

Firma del Dichiarante .....