



## 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.S. ENZO FERRARI	Meccanografico	MEIS01100P
	N° Contratto	203509575
	Indirizzo	VICO PICARDI 98051
	Barcellona Pozzo di Gotto ME	

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

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](mailto:sinistri.protezionescuola@agwr.it)