icca_tn-01/09/2026-0003342 - Allegato Utente 4 (A04)

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 sinistrireclaassicurazionisrl@pec.it

Indicare le Coordinate bancarie (CODICE IBAN): _____

_____

Data,

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

_____