



PRODOTTO SCUOLE

KIT SINISTRI

GSM ASSICURAZIONI

ISTRUZIONI PER LA CHIUSURA DEL SINISTRO (a carico del danneggiato)

1. Ritirare copia del KIT SINISTRI presso la segreteria della Scuola, leggerne attentamente il contenuto e seguire le procedure indicate;
2. Proseguire le cure idonee e conservare i certificati e le ricevute delle spese sostenute;
3. Il termine per inviare la chiusura è di 2 (due) anni dalla data del sinistro (art. 2952 c.c.);
4. Per procedere alla chiusura della pratica si deve compilare il <Modulo Chiusura Sinistro> (Modulo 2), inviando copia dei certificati medici e **tutte le ricevute delle spese sostenute in originale** (trattenendo copia) in plico unico tramite raccomandata all'agenzia GSM Assicurazioni (Generali Italia Divisione Cattolica);
5. Dopo aver ricevuto il modulo per la chiusura del sinistro Generali Italia Divisione Cattolica lavorare la pratica e far pervenire al danneggiato la liquidazione di quanto previsto a termini di polizza attraverso bonifico (modalità consigliata) o assegno bancario;
6. Generali Italia Divisione Assicurazioni potrebbe richiedere una visita presso il proprio specialista di parte, per la quantificazione del danno;
7. Solo qualora non sia possibile chiudere la pratica entro due anni (termine previsto dall'art. 2952 c.c.) poiché le cure sono ancora in corso, sarà necessario inviare – ai fini dell'interruzione del termine di prescrizione – il Modulo Continuazione Cure (Modulo. 3).

DANNO OCCHIALI IN ASSENZA DI INFORTUNIO (garanzia valida solo per gli alunni)

Per la chiusura di un sinistro avente ad oggetto esclusivamente la rottura o il danneggiamento di occhiali da vista sarà necessario inviare i seguenti documenti:

- ✦ Modulo 2 chiusura sinistro debitamente compilato;
- ✦ Copia fattura di acquisto dell'occhiale danneggiato (occhiale vecchio); ✦ Fotografia dell'occhiale rotto;
- ✦ Originale della fattura di acquisto del nuovo occhiale/riparazione occhiale danneggiato.

CONTATTI DELL'AGENZIA

Generali Italia SpA Divisione Cattolica di Assicurazione

GSM Assicurazioni Sas

Via Emanuele Filiberto, 7 - 20149 Milano

Tel. 02/83977405

E-mail assicura@milanogsm.it

PEC gsmassicurazioni-sas@legalmail.it

Modulo 2. Chiusura del sinistro (Raccomandata-NO PEC)

Spettabile
Generali Italia SpA Divisione Cattolica GSM
Assicurazioni Sas
Via Emanuele Filiberto 7 - 20149 Milano

DATI DEL DANNEGGIATO

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE
INDIRIZZO (Comune, via/piazza, numero civico)		

DATI DEI GENITORI/TUTORE (devono essere indicati i dati di tutti i soggetti che esercitano la potestà genitoriale sul minore)

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE
TELEFONO	E-MAIL	

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE
TELEFONO	E-MAIL	

DATI DELL'ISTITUTO SCOLASTICO

COMUNE ISTITUTO	NOME ISTITUTO
-----------------	---------------

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ in qualità di:

- genitore/tutore dell'alunno/a minorenni
 danneggiato

-dichiara l'avvenuta guarigione/riparazione del danno relativamente all'infortunio/danneggiamento avvenuto il _____

-dichiara di non avere in corso altre polizze Infortuni o Rimborso Spese Mediche (in caso contrario, indicare nome delle Compagnie di Assicurazione e numeri di polizza: _____)

A tal fine allega alla presente i seguenti documenti **IN ORIGINALE**:

Tipologia di documento		Importi
1) _____	Euro	_____
2) _____	Euro	_____
3) _____	Euro	_____
4) _____	Euro	_____

Riferimenti Bancari Beneficiario Indennizzo

Conto corrente intestato a:

Nome e Cognome _____ Codice fiscale _____

IBAN _____ Banca _____

Data _____ Firma _____

Modulo 3. Continuazione cure (Raccomandata)

Spettabile
Generali Italia SpA Divisione Cattolica
GSM Assicurazioni Sas
Via Emanuele Filiberto 7 - 20149 Milano

OGGETTO: Comunicazione di continuazione cure ed interruzione della prescrizione dei termini ex art. 2952 c.c.

DATI DEL DANNEGGIATO

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE
INDIRIZZO (Comune, via/piazza, numero civico)		

DATI DEI GENITORI/TUTORE (devono essere indicati i dati di tutti i soggetti che esercitano la potestà genitoriale sul minore)

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE
TELEFONO	E-MAIL	

NOME	COGNOME	CODICE FISCALE
TELEFONO	E-MAIL	

DATI DELL'ISTITUTO SCOLAS

COMUNE ISTITUTO	NOME ISTITUTO
-----------------	---------------

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ in qualità di:

- genitore/tutore dell'alunno/a minorenni
danneggiato

dichiara la continuazione delle cure relative all'infortunio avvenuto il _____

Valga la presente comunicazione ai fini dell'interruzione dei termini di prescrizione ai sensi di legge.
In allegato si trasmette certificato medico che attesta che le cure sono attualmente in corso.

Data _____

Firma _____