



Claims Broker

SOLUZIONI ASSICURATIVE

REALE MUTUA ASSICURAZIONI – Ag. Antonelliana

Polizza n. _____ - a.s. 2024/2025

DICHIARAZIONE DI CHIUSURA SINISTRO.

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ Domicilio _____

Comune _____

Telefono _____ E-mail _____

In qualità di genitore dell'alunno/a minore

In qualità di danneggiato

Iscritto/dipendente presso l'Istituto Scolastico _____

Dichiara l'avvenuta guarigione relativamente al proprio infortunio avvenuto il _____

Richiedo l'invio a visita medico legale presso fiduciario della Compagnia: SI' NO

A tal fine si allegano alla presente i seguenti documenti:

TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO

Importo

| TIPOLOGIA DEL DOCUMENTO | Importo |
|-------------------------|---------|
| 1. | € |
| 2. | € |
| 3. | € |
| 4. | € |
| 5. | € |
| 6. | € |
| 7. | € |
| 8. | € |

RIFERIMENTI BANCARI BENEFICIARIO INDENNIZZO

| |
|------------------------|
| IBAN _____ Banca _____ |
|------------------------|

Data

Firma

Claims Broker srl

Sede Legale:
Via Roma, 12
10074 - Lanzo Torinese (TO)
ITALY

Sede Operativa:
Via Parrocchia, 3
10075 - Mathi (TO)
ITALY

Contatti:
Tel.: +39 011 0446582
Fax: +39 011 0432781

Web: www.claimsbroker.it
Mail: info@claimsbroker.it
PEC: claimsbrokersrl@legalmail.it

Pagina 1 di 1

Dati Fiscali:
P.IVA: 11420660018
REA: TO1211947
C.S.: 10.000,00 € i.v.

RUI: B000536074