

**MODELLO DI FORMULAZIONE OFFERTA**

La Società offerente,....., dichiara di essere in possesso delle condizioni e dei requisiti minimi indicati nella richiesta di offerta	SI	NO
--	----	----

**SOGGETTI ASSICURATI - PREMI**

ALUNNI/ALLIEVI ISCRITTI ALL'ISTITUTO (PREMIO UNITARIO)	A TITOLO ONEROSO COSTO PREMIO DA INDICARE ALLEGATO 4	
INDICARE LA PERCENTUALE DI TOLLERANZA ALLIEVI PAGANTI/ALLIEVI ISCRITTI	%	
PERSONALE DIRETTIVO, DOCENTE E NON DOCENTE (PREMIO UNITARIO)	A TITOLO ONEROSO COSTO PREMIO DA INDICARE ALLEGATO 3	
<b>ALTRI ASSICURATI:</b>	A TITOLO GRATUITO	
PERSONALE E FAMILIARI ACCOMPAGNATORI IN VIAGGI, VISITE, ECC.	SI	NO
FAMILIARI NEGLI ORGANISMI DI GESTIONE	SI	NO
VOLONTARI CHE PARTECIPANO AD ATTIVITA' DELLA SCUOLA	SI	NO
SUPPLENTI TEMPORANEI	SI	NO
SINGOLI CHE PER CONTRATTO CONCORRONO ALL'ATTIVITA' DIDATTICA	SI	NO
ALLIEVI "UDITORI" E "IN PASSERELLA"	SI	NO
TIROCINANTI CHE SVOLGONO ATTIV. ALL'INTERNO DELLA SCUOLA	SI	NO
ALLIEVI DURANTE LE RIUNIONI DEI GENITORI	SI	NO
REVISORI DEI CONTI	SI	NO
ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA ASSEGNATI DAL M.I.U.R.	SI	NO
PERSONALE IN QUIESCENZA C. M. 127 DEL 1994	SI	NO
ALTRI (SPECIFICARE):		

**RESPONSABILITA' CIVILE**

<b>RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI:</b>		
MASSIMALE PER ANNO	€	-
MASSIMALE UNICO PER SINISTRO, PER PERSONA E PER LE COSE	€	-
<b>RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI D'OPERA:</b>		
MASSIMALE PER ANNO	€	-
MASSIMALE UNICO PER SINISTRO E PER PERSONA	€	-
<b>E' COMPRESA LA RESPONSABILITA' CIVILE:</b>		
PER INTERRUZIONE O SOSPENSIONE ATTIVITA'	SI	NO
PER INCENDIO	SI	NO
DEI DIPENDENTI PREPOSTI AL SERVIZIO DI SICUREZZA E PREVENZIONE	SI	NO
PER GLI OGGETTI PERSONALI DEGLI ALLIEVI	SI	NO

IN CONSEGNA O CUSTODIA ALLA SCUOLA	SI	NO
PER COMMITTENZA GENERICA	SI	NO
ALTRO (SPECIFICARE):		

INFORTUNI		
RINUNCIA ALLA RIVALSA VERSO L'EVENTUALE RESPONSABILE DELL'INFORTUNIO	SEMPRE OPERANTE	LIMITATA
<u>E' COMPRESO IL RISCHIO IN ITINERE:</u>	SI	NO
CON LIMITAZIONI DI TEMPO	SI	NO
CON L'USO DI QUALSIASI MEZZO	SI	NO
RIDUZIONE INDENNIZZO IN CASO DI RESPONSABILITA' DELL'ASSICURATO O DI CHI LO TRASPORTA	SI	NO
MORTE (CAPITALE ASSICURATO)	€	-
<u>INVALIDITA' PERMANENTE:</u>		
CAPITALE ASSICURATO	€	-
TABELLE INAIL	SI	NO
FRANCHIGIE (SE SI PRECISARE PERCENTUALE)	SI	NO
INDICARE LA MODALITA' DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO DEI PRIMI 10 PUNTI DI INVALIDITA' ACCERTATA		
INDICARE LA PERCENTUALE PER LA QUALE VIENE LIQUIDATO L'INTERO CAPITALE DI INVALIDITA' ACCERTATA		%
SONO PREVISTI ULTERIORI RIDUZIONI RIGUARDANTI I PRIMI 10 PUNTI DI INVALIDITA' ACCERTATA NEL "RISCHIO IN ITINERE" (SE SI SPECIFICARE QUALI)	SI	NO
RENDITA ANNUA RIVALUTABILE A FAVORE DEGLI ALLIEVI PER INFORTUNI GRAVI (SPECIFICARE IMPORTO E DURATA)		
<u>INVALIDITA' PERMANENTE DA POLIOMIELETTITE E DA MENINGITE CEREBRO-SPINALE:</u>		
CAPITALE ASSICURATO	€	-
<u>DIARIA DA RICOVERO:</u>		
IN ISTITUTO DI CURA	€	-
IN DAY-HOSPITAL	€	-
<u>RIMBORSO SPESE DI CURA:</u>		
SOMMA ASSICURATA	€	-
FRANCHIGIE (SE SI', SPECIFICARE PERCENTUALE)	SI	NO
SOTTOLIMITI PER APPARECCHI E PROTESI DENTARIE, PROTESI ACUSTICHE E ORTOPEDICHE, DANNO ESTETICO	SI	NO
SPESE AGGIUNTIVE PER LENTI E OCCHIALI, CARROZZINE/TUTORI, STRUMENTI MUSICALI E BICICLETTE, ECC.	SI	NO
INDENNIZZO PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO O TUTORE IMMOBILIZZANTE	SI	NO
INDENNIZZO FORFETTARIO INDICARE IMPORTO	€	-
INDENNIZZO GIORNALIERO INDICARE IMPORTO DELLA DIARIA	€	-
<u>RIMBORSO SPESE DI CURA PER PER MALATTIA IMPROVVISA, DURANTE VIAGGI, VISITE, SOGGIORNI...</u>	SI	NO
IN ITALIA	SI	NO

ALL'ESTERO	SI	NO
ALTRI RIMBORSI: RIENTRO ANTICIPATO E POSTICIPATO, VIAGGIO DI UN FAMILIARE, ECC...:	SI	NO
IN FORMA COMPLETA	SI	NO
PREVISTI PARZIALMENTE	SI	NO
<b>INDENNIZZO IN CASO DI CONTAGIO ACCIDENTALE, DURANTE LE ATTIVITA' ASSICURATE:</b>		
DA H.I.V.	SI	NO
DA EPATITE B E DA EPATITE C	SI	NO
DA COVID 19	SI	NO
RIMBORSO PER ASSENZA PROLUNGATA DOVUTA A INFORTUNIO	SI	NO
MASSIMALE PER INFORTUNIO CUMULATIVO	€	-
ALTRO (SPECIFICARE):		

<b>TUTELA GIUDIZIARIA</b>		
DIRIGENTE, DSGA, DOCENTI E NON DOCENTI	SI	NO
ALUNNI E LORO GENITORI	SI	NO
MASSIMALE PER ANNO	€	-
MASSIMALE PER SINISTRO	€	-
TUTTE LE ATTIVITA' DELL'ISTITUTO	SI	NO
<b>COMPRESA LA VIOLAZIONE DELLE NORME:</b>		
SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	SI	NO
SULLA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO	SI	NO
SULLA SICUREZZA ALIMENTARE	SI	NO
SULLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SOLIDI	SI	NO
LIBERA SCELTA DEL LEGALE	SI	NO
SPESE GIUDIZIALI E PERITALI	SI	NO
SPESE LIQUIDATE ALLA CONTROPARTE IN CASO DI SOCCOMBENZA	SI	NO

<b>ASSISTENZA IN VIAGGIO</b>		
CONSULENZA MEDICA TELEFONICA	SI	NO
<b>DANNI AL BAGAGLIO:</b>		
FURTO, RAPINA E SCIPPO	SI	NO
PERDITA	SI	NO
MASSIMALI	€	-
INVIO DI UN MEDICO E/O DI UN'AMBULANZA	SI	NO
INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO	SI	NO
ANTICIPO SOMME DI DENARO	SI	NO
<b>Taxi per il rientro in sede del personale scolastico che accompagna gli allievi presso l'Ospedale in caso di infortunio</b>	SI	NO
ALTRI SERVIZI (SPECIFICARE):		

SERVIZI, GESTIONE SINISTRI, AFFIDABILITA'		
DARE INFORMAZIONI E INDICARE MODALITA' RELATIVAMENTE AI SEGUENTI CAPITOLI :		
CONVENZIONI PER PRESTAZIONI DIRETTE, SENZA ANTICIPO DI DENARO, RELATIVE A SERVIZI RADICATI SUL TERRITORIO, PER:		
TRASPORTO DEGLI INFORTUNATI	SI	NO
CURE DENTISTICHE	SI	NO
CENTRI PRIVATI DI PRIMO SOCCORSO	SI	NO
ALTRO (SPECIFICARE):		
MODALITA' DI DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI:		
GESTIONE TRAMITE REGISTRO INFORTUNI	SI	NO
INOLTRO ON-LINE DELLE DENUNCE	SI	NO
LA SOCIETA' DISPONE DI UFFICI DI LIQUIDAZIONE DANNI NELLA PROVINCIA DI RIFERIMENTO	SI	NO
SPECIFICARE INDIRIZZO, FAX, TELEFONO, EMAIL		
INFORMAZIONI AGLI ASSICURATI E TUTELA DEI LORO DIRITTI:		
INFORMATIVA SULLE CONDIZIONI DI GARANZIA E DI UTILIZZO DEI SERVIZI OFFERTI	SI	NO
INFORMATIVA SULLE MODALITA' DA SEGUIRE PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	SI	NO
STRUMENTI IMPARZIALI E GRATUITI PER LA DIFESA DEI DIRITTI DEGLI ASSICURATI	SI	NO
PRECISARE QUALI		
INFORMAZIONI SULL' OFFERENTE - RETE AGENZIALE E ISTITUTI SCOLASTICI ASSICURATI		
LA SOCIETA' OFFERENTE DISPONE DI UNA RETE AGENZIALE DIFFUSA SUL TERRITORIO NAZIONALE	SI	NO
SE SI' PRECISARE IL NUMERO DELLE AGENZIE	N°	
AGENZIA DI COMPETENZA PRESSO LA QUALE SARA' APPOGGIATO IL CONTRATTO (INDIRIZZO, FAX TELEFONO, EMAIL, ORARI DI APERTURA, SITO WEB)		
NUMERO DI ISTITUTI SCOLASTICI ASSICURATI NELLA PROVINCIA DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO		
GESTITI DALL'AGENZIA DI COMPETENZA (ALLEGARE ELENCO)	N°	
INDICE DI SOLVIBILITA' DELLA SOCIETA' OFFERENTE RIFERITO ALLA GESTIONE DANNI		
COSTI DEL PERSONALE (INDICARE LA PERCENTUALE DEL PREMIO IMPONIBILE PRO-CAPITE)		
COSTI PER LE MISURE DI ADEMPIMENTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (INDICARE LA PERCENTUALE DEL PREMIO IMPONIBILE PRO-CAPITE)		

TIMBRO E FIRMA

