

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)	€	-
--	---	---

INDICARE LA PERCENTUALE DI TOLLERANZA ALLIEVI PAGANTI/ALLIEVI ISCRITTI	%
--	---

PERSONALE DIRETTIVO, DOCENTE E NON DOCENTE (PREMIO UNITARIO)	€	-
--	---	---

ALTRI ASSICURATI:	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"	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, ISCRITTI A CORSI POST-DIPLOMA, IFTS, ECC.	SI	NO
PERSONALE IN QUIESCENZA C. M. 127 DEL 1994	SI	NO
ALTRI (SPECIFICARE):		

RESPONSABILITA' CIVILE

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI:		
MASSIMALE PER ANNO	€	-
MASSIMALE UNICO PER SINISTRO, PER PERSONA E PER LE COSE	€	-

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI D'OPERA:		
MASSIMALE PER ANNO	€	-
MASSIMALE UNICO PER SINISTRO E PER PERSONA	€	-

E' COMPRESA LA RESPONSABILITA' CIVILE:		
PER INTERRUZIONE O SOSPENSIONE ATTIVITA'	SI	NO
PER INCENDIO	SI	NO
DEL RESPONSABILE DELLA SICUREZZA	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

CUMULABILITA' TRA INDENNIZZI INFORTUNI E RESPONSABILITA' CIVILE	SI	NO
---	----	----

RINUNCIA ALLA RIVALSA VERSO L'EVENTUALE RESPONSABILE DELL'INFORTUNIO	SEMPRE	IN ALCUNI CASI
--	--------	----------------

E' COMPRESO IL RISCHIO IN ITINERE:	SI	NO
CON LIMITAZIONI DI TEMPO	SI	NO
CON L'USO DI QUALSIASI MEZZO	SI	NO
ANCHE IN CASO DI RESPONSABILITA' DELL'INFORTUNATO	SI	NO

MORTE (CAPITALE ASSICURATO)	€	-
-----------------------------	---	---

INVALIDITA' PERMANENTE:		
CAPITALE ASSICURATO	€	-
TABELLE INAIL	SI	NO
FRANCHIGIE (SE SI PRECISARE PERCENTUALE)	SI	NO
INDICARE LA MODALITA' DI CALCOLO DEL VALORE 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"	SI	NO
ALTRE GARANZIE LEGATE ALL'INVALIDITA' PERMANENTE (SPECIFICARE):		

INVALIDITA' PERMANENTE DA POLIOMIELITE E DA MENINGITE CEREBRO-SPINALE:		
CAPITALE ASSICURATO	€	-

DIARIA DA RICOVERO		
IN ISTITUTO DI CURA	€	-
IN DAY-HOSPITAL	€	-

RIMBORSO SPESE DI CURA:		
SOMMA ASSICURATA	€	-
FRANCHIGIE (SE SI', SPECIFICARE PERCENTUALE)	SI	NO
LIMITAZIONI DI TEMPO PER CURE E PROTESI DENTARIE E DI INDENNIZZO PER SINGOLO DENTE	SI	NO
LIMITAZIONI PER APPARECCHI E PROTESI DENTARIE, PROTESI ACUSTICHE E ORTOPEDICHE, DANNO ESTETICO	SI	NO
SPESE AGGIUNTIVE PER OCCHIALI, CARROZZINE, ECC.	SI	NO
INDENNIZZO PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO O TUTORE IMMOBILIZZANTE	SI	NO
INDENNIZZO FORFETTARIO INDICARE IMPORTO	€	
INDENNIZZO GIORNALIERO INDICARE IMPORTO DELLA DIARIA	€	

RIMBORSO SPESE DI CURA PER PER MALATTIA IMPROVVISA, DURANTE VIAGGI, VISITE,	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
INDENNIZZO IN CASO DI CONTAGIO ACCIDENTALE, DURANTE LE ATTIVITA' ASSICURATE:		
DA H.I.V.	SI	NO
DA EPATITE B E DA EPATITE C	SI	NO

RIMBORSO PER ASSENZA PROLUNGATA DOVUTA A INFORTUNIO	SI	NO
---	----	----

MASSIMALE PER INFORTUNIO CUMULATIVO	€	
-------------------------------------	---	--

ALTRO (SPECIFICARE):	
----------------------	--

TUTELA GIUDIZIARIA

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
COMPRESA LA VIOLAZIONE DELLA PRIVACY	SI	NO
COMPRESA LA VIOLAZIONE DELLE NORME:		
SULL'IGIENE ALIMENTARE	SI	NO
SULLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI	SI	NO

LIBERA SCELTA DEL LEGALE	SI	NO
--------------------------	----	----

SPESE GIUDIZIALI E PERITALI	SI	NO
SPESE LIQUIDATE ALLA CONTROPARTE IN CASO DI SOCCOMBENZA	SI	NO

ASSISTENZA IN VIAGGIO

CONSULENZA MEDICA TELEFONICA	SI	NO
------------------------------	----	----

DANNI AL BAGAGLIO:		
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
--------------------------	----	----

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		
INVIO TRADIZIONALE DELLE DENUNCE	SI	NO
INOLTRO ON-LINE DELLE DENUNCE	SI	NO
GESTIONE TRAMITE REGISTRO INFORTUNI	SI	NO
PRESENZA SUL TERRITORIO DEGLI UFFICI DI LIQUIDAZIONE DANNI DEDICATI	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		
LA SOCIETA' OFFERENTE DISPONE DI UNA RETE AGENZIALE DIFFUSA SUL TERRITORIO NAZIONALE	SI	NO
PRECISARE IL NUMERO DELLE AGENZIE	N°	

NUMERO ISTITUTI SCOLASTICI ASSICURATI SUL TERRITORIO NAZIONALE	N°	
--	----	--

AGENZIA DI COMPETENZA PRESSO LA QUALE SARA' APPOGGIATO IL CONTRATTO (INDIRIZZO, FAX TELEFONO, EMAIL, SITO WEB, ORARI DI APERTURA)		
---	--	--

NUMERO DI ISTITUTI SCOLASTICI ASSICURATI NELLA PROVINCIA DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO GESTITI DALL'AGENZIA DI COMPETENZA (ALLEGARE ELENCO)	N°	
--	----	--

TIMBRO E FIRMA