**MODELLO ALLEGATO 1**

**ASSICURAZIONE………………………………………..**

**SEDE A…………………………………….VIA……………………………….**

**COSTO QUOTA PRO CAPITE PARI AD € …………………**

**PER LA COPERTURA ASSICURATIVA DI SEGUITO DESCRITTA**

**RAMO INFORTUNI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | CAPITALE | Franchigia SI o NO  | Indicare Eventuali limiti | NOTE di chiarimento |
| ***CASO di MORTE*****(INDICARE IL MASSIMALE** |  |  |  |  |
| ***INVALIDITA’ PERMANENTE*****(INDICARE IL MASSIMALE )** Mettere una X a fianco del punto a) o b) in base alla tipologia dell’offerta |  |  |  |  |
| 1. Con equiparazione arti sinistri e destri senza franchigia indicare SI o NO
 |  |  |  |  |
| 1. Con limitazioni/franchigie e differenza fra arto sinistro e destro

(specificare le limitazioni)  |  |  |  |  |
| La liquidazione della quota per invalidità verrà corrisposta al 100% nel caso in cui la percentuale d’invalidità sia pari o superiori al …. % ( indicare la percentuale ) |  |  |  |  |
| Eventuali ulteriori somme erogate nei seguenti casi  |  |  |  |  |
| ***RIMBORSO SPESE MEDICHE*****Su rilascio di certificazione medica attestante l’infortunio**  **--- entro le 24/48** **---- anche oltre le 24/48 ore**( indicare con una X la voce che interessa) |  |  |  |  |
| **Spese di trasporto**Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Ticket/medicinali**Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Visite mediche specialistiche**, interventi chirurgici anche ambulatoriali Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Analisi, accertamenti diagnostici**Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Rimborso spese per apparecchi quali gessi** Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Terapie fisiche** Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Acquisti di lenti o occhiali a seguito di infortunio( telaio e lenti)** Rimborsabili sulla base del valore attuale-------- o sullabase del valore d’acquisto ---------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| **Cure odontoiatriche e odontotecniche****sulla base dello stato attuale** Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X)**Cure odontoiatriche e odontotecniche****sulla base dello stato attuale ed eventuali interventi necessari in futuro**Senza franchigia o limitazioni -----Con franchigia o limitazioni-------(barrare la voce corrispondente con X) | CAPITALE | Franchigia SI o NO  | Indicare Eventuali limiti | NOTE di chiarimento |
| **Danni al vestiario**Indicare il valore………………………………… |  |  |  |  |
| **Danni a carrozzelle e ausili per portatori di Handicap**Indicare il valore………………………………… |  |  |  |  |
| **Danni alle biciclette**Indicare il valore………………………………… |  |  |  |  |
| **Diaria da gesso senza limiti di durata** Indicare il valore…………………………………**Diaria da gesso con limiti di durata** Indicare il valore………………………………… |  |  |  |  |
| **Indennità di ricovero ospedaliero** **In strutture pubbliche o private**Con limiti di durata----------------(Indicare il valore)**Indennità di ricovero ospedaliero in strutture pubbliche o private senza limiti di durata**-----------------(Indicare il valore) |  |  |  |  |
| **Danno estetico** (Indicare il valore) |  |  |  |  |
| **Perdita di giorni di scuola inferiori all’anno scolastico****n.gg………………….****(**Indicare i giorni**)** |  |  |  |  |
| **Perdita dell’intero anno scolastico**…………………………..(indicare l’importo**)** |  |  |  |  |
| **Infortuni avvenuti durante il tragitto casa e scuola e viceversa agli alunni e al personale scolastico** **assicurato alle seguenti condizioni** L’assicurazione copre gli infortuni che avvengono entro i 30’ prima o dopo l’inizio delle attività a prescindere dalla distanza in Km per percorrere il tragitto casa-scuola e viceversa distanza ----------------------L’assicurazione copre gli infortuni che avvengono entro i 30’ prima o dopo l’inizio delle attività per distanze entro i 20Km oppure 60’per distanze comprese tra 20/30 Km -----------(barrare la voce corrispondente con X) |  |  |  |  |
| ***ESTENSIONI DELLA GARANZIA*** |  |  |  |  |
| **Intossicazione da cibo della mensa**Si-----no---- |  |  |  |  |
| **Colpi di sole o di calore**Si-----no----- |  |  |  |  |
| **Stati patologici emergenti durante le attività sportive**Si……..no…….. |  |  |  |  |
| **Infortuni da sforzi muscolari**Si-----no------ |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lesioni da atti violenti**Si-----no---- |  |  |  |  |

 |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lesioni da sostanze corrosive tossiche** o comunque considerate pericoloseSi------no---------- |  |  |  |  |

 |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lesioni morsi di animali o corpi estranei**Si------no---------- |  |  |  |  |

 |  |  |  |  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lesioni durante attività ludico ricreative organizzate dal comitato genitori**Si------no---------- |  |  |  |  |

 |  |  |  |  |
| ***ESTENSIONI DELLA GARANZIA A TITOLO GRATUITO***A tutti gli operatori della scuola: personale docente e ATA che sta svolgendo brevi sostituzioni ,al personale esperto nominato dall’Istituto per la realizzazione di progetti,laboratori e attività predisposte dall’Istituto medesimo mentre si trovano all’interno o esterno della scuola in spazi definiti dall’Istituto , e/o personale convocato dalla Dirigente o dalla DSGA,inclusi i genitori componenti del Consiglio d’Istituto mentre esplicano le loro funzioni per le quali sono stati eletti  Si----------no--------- |  |  |  |  |
| ***TEMPI DI LIQUIDAZIONE DELL’ INFORTUNIO PARTENDO DALLA DATA DI CHIUSURA DELLA PRATICA ATTRAVERSO LA CONSEGNA E L’INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA DELLE SPESE SOSTENUTE*** Entro gg……….. |  |  |  |  |

**------------------------------------------------------------------------------------**

**RESPONSABILITA’ CIVILE**

LE PRESTAZIONI CHE LA POLIZZA RC DEVE COPRIRE SONO QUELLE INDICATE NEL BANDO E PRECISAMENTE TUTTE LE ATTIVITA’ SCOLASTICHE IN AULA,NEI LABORATORI E FUORI DALLA SCUOLA,COMPRESE LE ATTIVITA’ FISICHE IN PALESTRA E FUORI,LE ATTIVITA’ SPORTIVE E MOTORIE AUTORIZZATE E DELIBERATE,NONCHE’ LE ATTIVITA’ RICREATIVE ALL’INTERNO E ALL’ESTERNO DELL’EDIFICIO SCOLASTICO,INCLUSI GLI SPAZI ESTERNI QUALI CORTILI PARCHI UTILIZZATI PER IL MANETNEIMENTO DEL DISTANZIAMENTO IN OTTEMPERANZA ALLE DISPOSIZIONI IN MERITO AL COVID 19,LE USCITE DIDATTICHE SUL TERRITORIO NAZIONALE,LE VISITE GUIDATE I VIAGGI D’ISTRUZIONE IN ITALIA E ALL’ESTERO, COMPRESI GLI SCAMBI CULTURALI CON I VARI PERNOTTAMENTI, LE ATTIVITA’ LUDICO RICREATIVE ORGANIZZATE DAI GENITORI ED AUTORIZZATE DAL CONSIGLIO D’ISTITUTO.

**SONO CONSIDERATI TERZI:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Studenti/personale docente e non docente/Dirigente/DSGA /genitori/personale componente genitori del Consiglio d’Istituto | SI/NO  | Indicare Eventuali Limiti e NOTE DI CHIARIMENTO | NOTE |

MASSIMALI €:………………………………………

Per sinistro €……………………………………….

Per persona €………………………………………..

Per danni a cose e/o animali €………………………………………..

Per uscite didattiche/viaggi/scambi culturali €………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | QUOTA  | SI/NO | Indicare Eventuali Limiti e NOTE DI CHIARIMENTO |
| La polizza copre i fatti avvenuti per colpa lieve |  | Indicare si/no |  |
| Copre danni per fatti dolosi |  | Indicare si/no |  |
| Copre i danni che gli allievi possono arrecare agli estranei |  | Indicare si/no |  |
| Copre i danni che gli allievi possono arrecare al materiale in comodato d’uso |  | Indicare si/no |  |

**LA POLIZZA COPRE LA TUTELA LEGALE (come specificato nel bando) premesso che il PATROCINIO LEGALE SPETTA ALL’AVVOCATURA DELLO STATO**

 **SI □ NO □**

PERCENTUALE DI SCOPERTO ………………%( indicare la percentuale)

LA POLIZZA ESONERA DAL DAL PAGAMENTO GLI ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI PUR GARANTEDONE LA COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO GLI INFORTUNI E LA R.C ?

 SI------NO-----(mettere una X sulla voce interessata)

 RINUNCIA ALLA RIVALSA SI □ NO □

IL SOTTOSCRITTO ………………………………………TITOLARE RESPONSABILE DELL’AGENZIA

-------------------------------------------------- DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’ DI AVER

RISPOSTO ALLE DOMANDE DEL PRESENTE ALLEGATO IN MODO VERITIERO E CHE LE POLIZZE

CHE LA COMPAGNIA ASSICURATIVA PROPONE, CONTENGONO TUTTE LE CARATTERISTICHE E LE

GARANZIE INDICATE NEL MODELLO ALLEGATO 1

 FIMBRO E FIRMA

 ………………………………………………….