**Allegato B**

**SCHEDA TECNICA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Rischi assicurati*** | ***Presente (si-no)*** | ***Compagnia*** | ***Quota*** | ***Validità territoriale (Italia-Europa-Mondo)*** |
| ***1*** | ***Responsabilità civile terzi (RCT)*** |  |  |  |  |
| ***2*** | ***Responsabilità Civile verso******Prestatori di lavoro (RCO)*** |  |  |  |  |
| ***3*** | ***Infortuni*** |  |  |  |  |
| ***4*** | ***Tutela Legale Giudiziaria*** |  |  |  |  |
| ***5*** | ***Assistenza/Malattia*** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Tolleranza soggetti paganti/Assicurati*** | ***Indicare percentuale*** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Altri soggetti assicurati a titolo gratuito*** *(indicare con una croce se affermativo nella colonna a fianco)* |  |
| Genitori partecipanti ad iniziative/progetti/attività deliberate dall’istituto o comunque presenti nei locali scolastici |  |
| alunni portatori di handicap e docenti di sostegno |  |
| accompagnatori degli alunni – qualsiasi essi siano – durante viaggi di istruzione, gite, visite guidate |  |
| allievi iscritti in corso d’anno |  |
| Alunni e accompagnatori di altre scuole temporaneamente ospiti presso l’istituto |  |
| Esperti esterni |  |
| prestatori d’opera |  |
| collaboratori nominati dall’Istituto estranei all’organico della Scuola |  |
| personale in quiescenza e volontari che prestano attività gratuita per l’esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio, manutenzione ecc… o per altre necessità della scuola (biblioteca, progetti scolastici…) previo incarico scritto da parte della Scuola |  |
| Revisori dei conti |  |
| Presidente e membri del Consiglio di Istituto |  |
| Genitori membri di Organi Collegiali |  |
| Tirocinanti, corsisti e studenti |  |
| Responsabile per la sicurezza |  |
| Operatori per l’assistenza forniti dall’Ente Locale |  |
| Componenti gruppo prevenzione Dlgs 81/2008 |  |
| Assistenti educatori |  |
| Personale docente e non docente frequentante corsi di formazione/aggiornamento autorizzati dal MIUR e tenuti presso l’Istituto Scolastico, o i nostri docenti e non docenti presso altri istituti |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Alunni iscritti in corso d’anno | □ Sempre compresi | □ Non compresi |

|  |  |
| --- | --- |
| RCT Limite di Risarcimento  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RCT – Massimale per sinistro unico ovvero senza sottolimiti per danni a persone, animali, cose, strutture diverse dall’edificio scolastico (strutture sportive, alberghi, bar, aziende durante stages e visite, ecc. (**con l’indicazione del massimale si conferma che lo stesso è valido per singolo****sinistro e singolo assicurato e non limitato per anno e per istituto scolastico) \***) | Maggiore di 10 milioni di Euro | Compreso tra 3e 10 Milioni di Euro | Minore di 3 milioni di euro |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Danni da interruzioni o sospensioni di attività | Maggiore di 1 Milione di Euro | Minore o Uguale a 1 Milione di Euro |
|  |  |
| Danni Incendio | Maggiore di 2 milioni di euro | Minore o Uguale a 2 milioni di euro |
|  |  |
| R C Responsabile Sicurezza | Compreso | Escluso |
|  |  |
| Danni derivanti dal crollo dei locali della scuola | Compreso | Escluso |
|  |  |
| Danni conseguenti a Alluvioni, Inondazioni o Terremoti. | Compreso | Escluso |
|  |  |
| Responsabilità Civile Scambi Culturali e Stage presso attività di studio sia in sede e fuori sede dell’Azienza in cui si effettua la preparazione | Compreso | Escluso |
|  |  |
| Responsabilità Personale Operatori Scolastici Committenza generica | Compreso | Escluso |
|  |  |
| Responsabilità Civile alunni in Itinere | Compreso | Escluso |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RCO – Responsabilità civile verso dipendenti- Massimale per Sinistro | *Maggiore di 10 milioni di euro* | *Compreso tra 3 e 10 Milioni di Euro* | *Minore di 3 milioni di euro* |
|  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| a) | Morte | Maggiore o uguale a 230.000,00euro | Maggiore o uguale a 180.000,00 eminore di 230.000,00 | Minore di 180.000,00 euro |
|  |  |  |
|  |
| b) | Invalidità permanente | Maggiore o uguale a 300.000,00 euro | Maggiore o uguale a 280.000,00 eminore di 300.000,00 | Minore di 280.000,00 euro |
|  |  |  |
| Tabella per il calcolo Invalidità Permanente (indicare INAIL o ANIA) | Tabella INAIL | Tabella ANIA |
|  |  |
| Riconoscimento Invalidità Permanente al100% se accertata al ……% | 45% | Oltre 50% |
|  |  |
| Raddoppio somme assicurate invalidità permanente di alunni orfani | Compreso | Escluso |
|  |  |
| Commorienza genitori | Maggiore o uguale a 40.000,00 euro | Minore 40.000,00 |
|  |  |
| Capitale aggiuntivo per invalidità grave se accertata al 75% | 100.000,00 | 50.000,00 |
|  |  |
|  |
| c) | Rimborso spese mediche da infortunio comprese le spese per cure e protesi dentarie, oculistiche e dell’apparato uditivo (come indicato nella lettera d’invito, non indicare la massima esposizione ma il valore per singolo sinistro e singolo assicurato, e cumulabili con il massimo rimborso previsto per leprestazioni aggiuntive) | Maggiore o uguale a500.000 euro | Maggiore o uguale a 300.000,00 eminore di 500.000,00 e | Minore di 300.000,00 euro |
|  |  |  |
| Spese per cure e protesi dentarie: senza limite e senza sottolimite per dente | Senza limite | Con limite |
|  |  |
| Anticipo rimborso spese mediche prima della chiusura del sinistro | Previsto | Non previsto |
|  |  |
| Qualora gli assicurati fruiscono di altre analoghe prestazioni da parte di Enti sociali o privati la garanzia vale:(indicare art. e pag. delle condizioni di polizza) | A 1° rischio | Ad integrazione(per l’eventuale eccedenza di spesa non rimborsate da altri enti e/oassicurazioni) |
|  |  |
| Spese per cure e protesi dentarie:eventuali limiti di tempo per l’applicazione | Senza limite | Entro 15 anni | Meno di 15 anni |
|  |  |  |
| Rimborso spese per lesioni dentarie anche su base di preventivo dentista di famiglia ai costi attuali | Compreso | Sulla base di Tariffa Naz.Medici Odontoiatrici | Escluso |
|  |  |  |
| Massimale rimborso spese mediche indipendente e cumulabile con quelli previsti da tutte le altre garanzie | Cumulabili separati | Non cumulabili |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| d) | Spese aggiuntive a seguito di infortunio: |  |
| Danni al vestiario |  |
| Danni a carrozzelle/tutori per portatori di handicap |  |
| Danni a biciclette |  |
| Protesi Ortopediche |  |
| Protesi Ortodontiche |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| e) | Diaria da ricovero |  |
| Day hospital (euro/giorno |  |
| Diaria da gesso per ogni giorno di assenza |  |
| Diaria da gesso per ogni giorno dipresenza |  |
| Per arti inferiori |  |
| Per arti superiori |  |
| Indennità di accompagnamento e trasporto |  |
| Spese trasporto arto ingessato |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| f) | Massimale catastrofale (anche per gite e uscite didattiche in genere) | Maggiore ouguale a 20 milioni di euro | Compreso tra 10e 20 milioni di euro | Minore di 10 milioni di euro |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| g) | Limite per rischi Aereonautici | Maggiore 10 milioni di Euro | Compreso tra 5e 10 milioni di euro | Minore di5 milioni di euro |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| h) | Limiti per inondazioni, alluvioni, terremoti | Maggiore ouguale a 15 milioni di euro | Compreso tra 15e 10 milioni di euro | Compreso tra 10e 5 milioni di euro |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| i) | Limite per infortuni conseguenti ad Atti di Terrorismo | Maggiore 10 milioni di euro | Compreso tra 5 e 10 milioni di euro | Minore di 5 milioni di euro |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| j) | Possibilità di recupero da stato di coma |  |
| Contagio accidentale da Virus HIV Meningite, Poliomielite ed epatite virale |  |
| Invalidità Permanente da malattia(Meningite, Poliomielite ed epatite Virale) |  |
| Danno estetico al viso |  |
| Perdita anno scolastico per infortunio |  |
| Spese funerarie |  |
| Spese per lezioni private e di recupero |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ULTERIORI GARANZIE | COMPRESE | ESCLUSE |
| k) | **Infortuni derivanti da:*** Abuso di alcol, abuso di psicofarmaci e sostanze stupefacenti;
* Trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell’atomo, naturali o provocati artificialmente e da accelerazioni di particelle atomiche;
* Guerra, ostilità, invasione, rivoluzione, insurrezione, guerra civile, potere militare.
* Altro …………………………………………………………….
 |  |  |

Indicare i massimali assicurati ed eventuali franchigie e/o limitazioni

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a) | **Garanzia Assistenza a Scuola** |  |
| Invio medico |  |
| Trasporto in Ospedale |  |
| Second Opinion consulti medici di telemedicina |  |
| Organizzazione visite specialistiche accertamenti |  |
| b) | **Garanzia Assistenza in Viaggio** |  |
| Invio medico |  |
| Trasporto in autoambulanza |  |
| Collegamento continuo con il centro ospedaliero |  |
| Invio medicinali all’estero |  |
| Trasporto-Rientro sanitario |  |
| Trasporto-Rientro sanitario |  |
| Rientro del convalescente |  |
| Rientro di un compagno di viaggio |  |
| Familiare accanto |  |
| Rientro di minori (valido solo per il personale scolastico) |  |
| Rientro anticipato |  |
| Trasferimento/rimpatrio della salma in Italia |  |
| Anticipo denaro |  |
| Trasmissione messaggi urgenti |  |
| Traduzione cartella clinica |  |
| Assistenza Online 24 ore su 24 vita Privata |  |
| Consulenza sanitaria telefonica |  |
| Consulenza sanitaria di alta specializzazione |  |
| Informazioni turistiche |  |
| Informazioni generali D.Lgs 81/2008 |  |
| c) | Assicurazione bagaglio in viaggio |  |
| d) | Assicurazione annullamento viaggio infortunio e malattia |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| e) | Rimborso spese mediche da malattia in viaggio | Maggiore o uguale a 100.000,00 euro | Minore di 100.000,00 euro |
|  |  |
| Rimborso spese mediche da malattia in viaggio – validità territoriale | Mondo | Europa | Italia |
|  |  |  |

**Tutela giudiziaria**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a) | Massimale assicurato Tutela Giudiziaria per sinistro ed illimitato per anno | Maggiore o uguale a 100.000,00 euro | Minore di 100.000,00 euro |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| b) | Vertenze fra soggetti assicurati con la stessa polizza e tra contraente e assicurato | Escluse | Comprese |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| c) | Controversie con Compagnie di Assicurazioni | Senza Limiti | Escluse |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Garanzie aggiuntive: | Compreso | Escluso |
| - Libera scelta del legale |  |  |
| - Spese per procedimenti penali |  |  |
| - Gestione e definizione di multe e ammende |  |  |
| - Procedimenti disciplinari e amministrativi connessi a fatti colposi |  |  |
| - Sicurezza sui luoghi di lavoro, difesa penale per reaticolposi e contravvenzioni |  |  |
| - Sicurezza sui luoghi di lavoro, difesa penale per reaticolposi per sinistri verificatisi nel tragitto casa-scuola (rischio in itinere) |  |  |
| - Gestioni e ricorsi per multe e ammende |  |  |
| - Violazione norme sullo smaltimento dei rifiuti |  |  |
| - Violazione delle norme sulla privacy |  |  |
| - Spese non riconosciute congrue dall’Avvocaturadello Stato |  |  |
| - Procedimenti penali per inadempimenti fiscali, amm.vi, tributari compresa la rivalsa della P.A. |  |  |
| - Vertenze connesse con esami di stato e scrutini finali |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Consulenza ed assistenza per cause di lavoro e ricorsi al TAR | Prevista | Esclusa |
|  |  |

***Varianti e altre garanzie***

Indicare le garanzie offerte, i massimali o capitali assicurati e le eventuali franchigie e/o limitazioni nel Modulo Formulazione Offerta. Garanzie aggiuntive individuate a titolo esemplificativo ma non limitativo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Garanzie** | **Somma****assicurata Massimo €uro:** |
| **Danni agli occhiali degli alunni** in assenza di infortunio e di Responsabilità Civile.Forma di risarcimento:100% del valore, senza applicazione di degrado se l’acquisto dell’occhiale danneggiato è avvenuto nei 12 mesi precedenti il sinistro.Degrado del 50% se l’acquisto dell’occhiale danneggiato è avvenuto oltre i 12 mesi precedenti il sinistro.**INDICARE ART. E PAG. DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA** |  |
| **Furto e rapina di valori** |  |
| **Kasko Veicoli del Revisore dei Conti** |  |
| **Kasko Veicoli dipendenti in missione** |  |
| **Elettronica – Validità territoriale Italia** |  |

|  |
| --- |
| **Servizi e prestazioni aggiuntive valutabili**Indicare il tipo di servizio o di prestazione aggiuntiva offerta, fornendo anche una descrizione sinteticache ne illustri i vantaggi per l’Istituzione scolastica.  |
| Denuncia e Gestione Sinistri On Line |
| **Indicare questo se sempre utilizzabile** | Programma sempre utilizzabile, anche dopo la scadenzadella polizza o in caso di cambio compagnia per seguire e verificare i sx denunciati durante la validità della stessa |
| **O questo se solo per periodo** | Programma utilizzabile solo nel periodo di validità della polizza |
| La società è dotata di certificato di Qualità ISO 9001:2000 □ SI’ □ NO |
| Altro: |

***Il Regime delle Varianti***

*Non saranno ammesse varianti peggiorative e/o che presentino modifiche su aspetti sostanziali previsti nella richiesta di offerta. Resta inteso, infatti, che il soggetto offerente garantirà gli standard e le caratteristiche richieste nel presente allegato. Ulteriori garanzie e prestazioni superiori rispetto a quelle indicate saranno considerate integrative*

Luogo e data

Timbro e Firma

del Legale Rappresentante/Procuratore