

## Modulo comunicazione dati definitivi e calcolo premio

da inoltrare firmato entro 60gg dalla data di decorrenza contrattuale via mail a:

[supportoscuole@pluriass.info](mailto:supportoscuole@pluriass.info)

Istituto Scolastico:			indirizzo:		
Cap:		Città:			
Cod. fiscale:				Cod. ministeriale:	
Dirigente Scolastico:			Cod. Fiscale:		
Dir. Servizi g.li Amm.vi			Cod. Fiscale:		

Compilare i seguenti campi indicando i valori riguardanti la formula assicurativa scelta dall'Istituto Scolastico:

### **FORMULA 1:**

<b>SEZIONE ALUNNI</b>	<b>Quota premio:</b>
A) Numero alunni iscritti:	
B) Numero Alunni H: <b>(assicurati senza versamento di premio)</b>	
C) Tolleranza: <b>(da sottrarre al n° degli alunni iscritti al netto degli alunni disabili)</b>	
Numero Alunni paganti: (A-B-C)	
<b>Premio complessivo sezione Alunni</b>	

<b>SEZIONE PERSONALE SCOLASTICO</b> COPERTURA PERSONALE SCOLASTICO CON ADESIONE NUMERICA	<b>Quota premio:</b>
D) Numero docenti di sostegno assicurati senza versamento di premio	
Numero personale scolastico pagante:	
<b>Premio complessivo sezione Personale scolastico</b>	

### **“ADESIONE VOLONTARIA PERSONALE SCOLASTICO” – elenco nominativo personale scolastico**

Nel caso in cui l'Istituto Scolastico intenda aderire per il personale scolastico su base volontaria con invio dell'elenco nominativo non dovranno essere compilati i dati numerici sopra richiesti della sezione personale scolastico.

La copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24,00 del giorno in cui hanno effettuato il versamento all'Istituto Scolastico che dovrà essere inviato via mail all'indirizzo: [supportoscuole@pluriass.info](mailto:supportoscuole@pluriass.info). (in caso di sinistro verrà richiesta la ricevuta di versamento del personale scolastico)

Il personale scolastico potrà aderire anche in corso di anno scolastico in qualsiasi momento con le modalità sopraindicate.

L'elenco nominativo del personale scolastico in caso di adesione volontaria dovrà essere completo dei seguenti dati:

Cognome, nome, codice fiscale.

Il versamento dei premi assicurativi dovrà comunque avvenire da parte dell'Istituto Scolastico entro e non oltre 90 giorni dalla richiesta di copertura assicurativa.

Firmato digitalmente da **ARDITO MARIA FONTANA**

<b>"COPERTURA ASSICURATIVA TUTTA LA POPOLAZIONE SCOLASTICA"</b>	<b>Quota premio:</b>
A) Numero alunni iscritti:	
B) Numero totale del personale scolastico in servizio nell'Istituto (DS; DSGA; docenti; personale ATA):	
Numero totale popolazione scolastica:	
C) Numero Alunni H: (assicurati senza versamento di premio)	
D) Numero docenti di sostegno: (assicurati senza versamento di premio)	
E) Tolleranza %: (da sottrarre al n° totale della pop. scolastica, al netto degli alunni disabili e personale di sostegno)	
Numero totale paganti con assicurata tutta la popolazione scolastica (A+B-C-D-E):	
<b>Premio complessivo "FULL COVER"</b>	

**Appendice estensiva COVID 19 e patologie infettive:**

- compresa per gli alunni con la scelta della Formula 1;
- compresa per gli alunni con la scelta della Formula "FULL COVER";
- compresa per il personale scolastico con la scelta della Formula 1 "COPERTURA TOTALE PERSONALE SCOLASTICO" con adesione numerica;
- compresa per il personale scolastico con scelta della Formula "FULL COVER";
- compresa solo per il personale scolastico aderente con la scelta della Formula 1 "ADESIONE VOLONTARIA PERSONALE SCOLASTICO" – elenco nominativo personale scolastico.

**In caso di richiesta di fattura elettronica e' necessario compilare i seguenti campi:**

**CODICE CIG:**

**CODICE UNIVOCO:**

**Pagamento: entro 90 giorni dalla decorrenza contrattuale**

**\*C.C.B.: Banca Sella Novara (NO) Iban: IT 17 T 03268 10100 053903935661**

Oppure:

**\*C.C.P. n° 1040777375**

Intestati a **PLURIASS S.r.l.** - Via Giotto, 2 - 28100 Novara (NO)

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO : (firma)\_\_\_\_\_**

**Luogo,**

**data**

**Firmato digitalmente da ARDITO MARIA FONTANA**