

# MODULO REGOLAZIONE PREMIO

Inviare al fax n. 0773.01.98.57, oppure all'indirizzo: [info@sicurezzascuola.it](mailto:info@sicurezzascuola.it)

## ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	IST. PROF. INDUSTRIA E ARTIGIANATO F. CORRIDONI		
Indirizzo:	VIALE SANT'ANNA, 9 62014 CORRIDONIA (MC)		
Telefono:	0733 434455	Fax:	0733 432690
Cod. Ministeriale:	MCRI010008	Cod. Fiscale:	80004920437
		Cod. Univoco:	UFD4K5
E-mail:	mcri010008@istruzione.it		Operatore Scuola Assegnatario: VR
N. Pol. Infortuni/R.C./Assistenza/Tutela Legale AIG Europe S.A.:	730010 / 30340		
Data effetto:	03/10/2018	Data scadenza:	03/10/2019
		Periodo di assicurazione:	03/10/2018 - 03/10/2019

## PERSONALE DIRIGENTE E DIRETTIVO

Dirigente Scolastico	DE SIENA	Data di nascita	14/06/1967
Email Dirigente Scolastico	MCRI010008@ISTRUZIONE.IT		
Direttore S.G.A.	APO	Data di nascita	03/11/1963
Email Direttore S.G.A.	MCRI010008@ISTRUZIONE.IT		

## POPOLAZIONE SCOLASTICA

Numero complessivo degli studenti iscritti all'istituto 100%	735	Numero complessivo di tutti gli operatori scolastici in servizio (Dirigente, DSGA, Personale docente e non docente) 100%	169
Di cui n. alunni H	61	Di cui n. docenti di sostegno	37

## DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI POLIZZA - ART. 10 OPZIONI DI COPERTURA - CALCOLO DEL PREMIO DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Opzione 3 - copertura alunni e/o operatori scolastici con adesione globale e/o nominativa</b>	Pagamento del premio da parte degli studenti e degli operatori scolastici (100%) Massima tolleranza 5% [in caso di superamento della percentuale di tolleranza (5%) per una o per entrambe le categorie di assicurati occorre allegare al presente documento il modulo "elenco assicurati in forma nominale"]		
Numero studenti paganti	641	moltiplicato	€ 5,50
Numero operatori scolastici paganti	86		
		Premio totale di polizza	€ 3.998,50

Formato firma simpli di polizza: PDF      Emissione fattura elettronica: SI

## MODALITÀ ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO DI POLIZZA ART.11 DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Termine ultimo per la **RESTITUZIONE** del presente modulo: **02/12/2018**

Termine ultimo per il **PAGAMENTO** del premio di polizza: **01/01/2019**

Il presente modulo deve essere inviati al fax n. 0773.01.98.57, oppure all'indirizzo: [info@sicurezzascuola.it](mailto:info@sicurezzascuola.it)

Bonifico bancario a favore di: **BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.**

Presso: **UBI BANCA S.P.A. FILIALE DI LATINA**

IBAN: **IT 97 H 03111 14701 0000 0000 5919 - BIC: BLOPIT22**

Indicare nella causale del versamento il codice CIG: **Z03251E728**

Non saranno accettati versamenti di importo inferiore a quello sopra riportato.

Vi invitiamo pertanto ad informare il Vostro Istituto bancario affinché non addebiti alla scrivente Società le commissioni del mandato di pagamento. Per qualsiasi informazione relativa alla compilazione del presente modulo, telefonare al numero 0773.62981

**ATTENZIONE!**

**LUOGO E DATA** 

Luogo e data

**FIRMARE QUI** 

Timbro dell'Istituto Scolastico e Firma del Dirigente