# Modello B

|  |
| --- |
| **OFFERTA** |

**RISCHI ASSICURATI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **RISCHI PER I QUALI E' PRESTATA L'ASSICURAZIONE** | **Garanzia prestata (SI - NO)** | **Compagnia** | **Validità territoriale****(Italia- Europa-Mondo)** |
| 1 | Infortuni |  |  |  |
| 2 | Responsabilità civile terzi (RCT) |  |  |  |
| 3 | Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO) |  |  |  |
| 4 | Assistenza |  |  |  |
| 5 | Tutela Giudiziaria |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **MASSIMA TOLLERANZA TRA SOGGETTI ASSICURATI E PAGANTI** | **PERCENTUALE (%)** |
| Popolazione scolastica |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soggetti assicurati a titolo gratuito** | **TUTTI** |
| Genitori partecipanti ad iniziative/progetti/attività deliberate dall'istituto o comunque presenti nei locali scolastici, Alunni portatori di handicap, Gli accompagnatori degli alunni, qualsiasi essi siano,durante i viaggi di istruzione, gite, visite guidate, partecipazione ai progetti del POF, Allievi iscritti in corso d'anno, Esperti esterni, prestatori d'opera e collaboratori nominati dall'istituto estranei all'organico della Scuola; Personale in quiescenza (C.M 127 del 14/04/19949, Presidente della Commissione d'Esame, Revisori dei conti, Presidente del Consiglio d'Istituto, Genitori Membri del Consiglio d'Istituto e degli altri Organi collegiali, Responsabile della sicurezza, Soggetti esterni in relazione ad attività organizzate dalla scuola, Gli alunni e i relativi accompagnatori di altre scuole temporaneamente ospiti presso l'istituto |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Soggetti assicurati a titolo oneroso** | **PREMIO PRO CAPITE IN CIFRE** | **PREMIO PRO CAPITE IN LETTERE** |
| 1) POPOLAZIONE SCOLASTICA (tutti gli alunni+ tutti gli operatori) |  |  |

**ACCETTAZIONE**

La Società

Compagnia/Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la richiesta di offerta , le condizioni minime previste e tutti gli allegati e di accettare., senza riserva alcuna, i termini , le modalità e le prescrizioni contenute.

**DATA**

**TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**