

MODULO B - Offerta tecnica

SOGGETTI COMUNQUE ASSICURATI	
1	Alunni disabili
2	I genitori partecipanti ad iniziative/progetti/attività deliberate dall'Istituto Scolastico o autorizzate dalle autorità competenti
3	Gli insegnanti di sostegno
4	Gli accompagnatori degli alunni, qualsiasi siano durante i viaggi di istruzione, gite, visite guidate, etc.
5	I partecipanti al progetto orientamento e gli studenti esterni che partecipano ad attività didattiche, educative ricreative, stages o tirocini formativi, etc. organizzati dall'Istituto
6	Uditori ed allievi iscritti in corso di anno scolastico
7	Esperti esterni/Prestatori d'opera estranei all'organico della scuola
8	Personale in quiescenza (C.M. 127 del 14/04/94)
9	Presidente e componenti della Commissione d'esame
10	Revisori dei conti
11	Presidente del Consiglio d'Istituto
12	Genitori membri degli Organi Collegiali (D.P.R. 416/74)
13	I tirocinanti, anche professionali e gli ex studenti che frequentano tirocini formativi e di orientamento
14	Assistenti di lingua estera
15	Assistenti educatori
16	Alunni e accompagnatori degli alunni di altre scuole anche stranieri temporaneamente ospiti presso la scuola o presso le famiglie degli studenti durante le attività scolastiche
17	Gli operatori scolastici componenti le squadre di prevenzione e pronto intervento previste dalla legge
18	Il Responsabili della sicurezza (D.Lgs. 81/08)
TUTTI ASSICURATI	NON TUTTI ASSICURATI

SEZIONE 2 – FORMULAZIONE RESPONSABILITA' CIVILE		
Gli assicurati devono essere considerati terzi tra loro		
Responsabilità Civile Terzi Massimale Unico per sinistro senza sottolimiti per danni a persone, animali e cose	Senza sottolimiti	Con sottolimiti
Responsabilità Civile Scambi Culturali , Stages e Alternanza Scuola/Lavoro compresse prove pratiche dirette	Compreso	Escluso
Responsabilità Civile Alunni anche maggiorenni in itinere anche senza responsabilità del contraente Istituto scolastico	Compreso	Escluso
Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (R.C.O.) Massimale Unico per sinistro ovvero senza sottolimiti per danni a persone	Compreso	Escluso

SEZIONE 3 – FORMULAZIONE INFORTUNI			
		OFFERTA PREVISTA	
a)	Morte		
b)	Invalidità Permanente		
		Compreso	Escluso
	Tabella INAIL per calcolo Invalidità Permanente		
	Invalidità permanente del 100% se superiore al 45%		
	Raddoppio Invalidità permanente per alunni orfani		
	Capitale aggiuntivo (con esclusione polizze vita sostitutive) per I.P. superiore al 75%		
c)	RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, comprese le spese per cure e protesi dentarie, oculistiche e dell'apparato uditivo.		
	Spese per cure e Protesi Dentarie senza limiti e senza sottolimiti per dente, comprese spese per cure e protesi oculistiche e dell'apparato uditivo, cure fisioterapiche e riabilitative	Senza limite e sottolimiti	Con limite e sottolimiti

d)	Spese varie	Compresa	Esclusa
	Danni al vestiario		
	Danni agli occhiali degli alunni anche senza infortuni		
	Danni a effetti personali degli alunni anche senza infortuni		

e)		Compresa	Esclusa
	Diaria da ricovero/Day Hospital		
	Diaria da gesso e/o immobilizzazione, comprese dita delle mani		

f)		Compresa	Esclusa
	Danno estetico		
	Spese funerarie		
	Perdita dell'anno scolastico per infortunio		

SEZIONE 4 – FORMULAZIONE ASSISTENZA LEGALE			
Massimale assicurato			
Controversie con compagnie di assicurazioni		Esclusa	Compresa
Libera scelta legale per quanto non patrocinato dall'Avvocatura dello Stato		Compresa	Esclusa

SEZIONE 5 – FORMULAZIONE GARANZIA ASSISTENZA			
a)	Garanzia Assistenza a Scuola	Compresa	Esclusa
	Invio medico a scuola e Invio ambulanza		
	Organizzazione visite specialistiche con cliniche convenzionate		

b)	Garanzia Assistenza in Viaggio e/o Gite	Compresa	Esclusa
	Invio medico a scuola e Invio ambulanza e Consulenza medico telefonica 24h su 24h in Italia e all'estero		
	Spese per Familiare accanto		
	Rientro dell'assicurato convalescente		
	Rientro anticipato dell'alunno o dell'accompagnatore e invio di un accompagnatore in sostituzione		
	Garanzia valida anche in caso di abuso di alcolici, psicofarmaci		
	Garanzia valida anche per uso terapeutico di stupefacenti		
	Assicurazione Bagaglio in viaggio		

Luogo e data _____

Timbro e firma del legale rappresentante _____