

MODULO REGOLAZIONE PREMIO



ALLEGARE IL PRESENTE MODULO NELLA SEZIONE 'ALLEGA DOCUMENTO' DELL'AREA RISERVATA DEL SITO WWW.SICUREZZASCUOLA.IT oppure inviare per posta elettronica all'indirizzo info@sicurezzascuola.it

ISTITUTO SCOLASTICO				
Intestazione:	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE ALESSANDRO VOLTA			
Indirizzo:	VIALE ROMA SNC			
Telefono:	0775251511	Fax:	0775251393	
Cod. Ministeriale:	FRIS01800E	Cod. Fiscale:	92064690602	Cod. Univoco:
Email:	fris01800e@istruzione.it	Operatore Scuola Assegnatario:	VR	
N. Pol. Infortuni/R.C./Assistenza/Tutela Legale AIG EUROPE S.A.:			730030 / 36788	
Data effetto:	12/11/2021	Data scadenza:	12/11/2024	Periodo di assicurazione:
12/11/2023 - 12/11/2024				

POPOLAZIONE SCOLASTICA			
Numero complessivo degli studenti iscritti all'istituto 100%	954	Numero complessivo di tutti gli operatori scolastici in servizio (Dirigente, DSGA, Personale docente e non docente) 100%	185
Di cui n. alunni H	36	Di cui n. docenti di sostegno	24

DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI POLIZZA - ART. 10 OPZIONI DI COPERTURA - CALCOLO DEL PREMIO DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE					
☒	Opzione 2 copertura globale alunni e operatori scolastici	Pagamento del premio da parte degli studenti e degli operatori scolastici (100%) Massima tolleranza concessa 5%			
Numero studenti + operatori scolastici	1026	moltiplicato	€ 5,80	Premio totale di polizza	€ 5.950,80

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

ATTENZIONE	Termine ultimo per la RESTITUZIONE del presente modulo: 11/01/2024
	Termine ultimo per il PAGAMENTO del premio di polizza: 10/02/2024
	Bonifico bancario a favore di: BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.r.l.
	Presso: CREDEM SEDE DI LATINA VIA PIRANDELLO
	IBAN: IT 85 P 03032 14700 0100 0066 7180
	<u>Indicare nella causale del versamento il codice CIG: ZD3338CED0</u>
	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

15/12/2023

Luogo e Data



Timbro dell'Istituto Scolastico e Firma del Dirigente