

MODULO DI FORMULAZIONE OFFERTA - Avviso prot. n. 5310/D1f del 16.08.2021

|                                                                                                                                               |    |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| La Società offerente, .....,<br>dichiara di essere in possesso delle condizioni e dei requisiti minimi indicati nell'avviso di<br>candidatura | SI | NO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|

| SOGGETTI ASSICURATI - PREMI                                            |                   |    |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------|----|
| ALUNNI/ALLIEVI ISCRITTI ALL'ISTITUTO (PREMIO UNITARIO)                 | €                 | -  |
| INDICARE LA PERCENTUALE DI TOLLERANZA ALLIEVI PAGANTI/ALLIEVI ISCRITTI |                   | %  |
| PERSONALE DIRETTIVO, DOCENTE E NON DOCENTE (PREMIO UNITARIO)           | €                 | -  |
| ALTRI ASSICURATI:                                                      | A TITOLO GRATUITO |    |
| PERSONALE E FAMILIARI ACCOMPAGNATORI IN VIAGGI, VISITE, ECC.           | SI                | NO |
| FAMILIARI NEGLI ORGANISMI DI GESTIONE                                  | SI                | NO |
| VOLONTARI CHE PARTECIPANO AD ATTIVITA' DELLA SCUOLA                    | SI                | NO |
| SUPPLENTI TEMPORANEI                                                   | SI                | NO |
| SINGOLI CHE PER CONTRATTO CONCORRONO ALL'ATTIVITA' DIDATTICA           | SI                | NO |
| ALLIEVI "UDITORI" E "IN PASSERELLA"                                    | SI                | NO |
| TIROCINANTI CHE SVOLGONO ATTIV. ALL'INTERNO DELLA SCUOLA               | SI                | NO |
| ALLIEVI DURANTE LE RIUNIONI DEI GENITORI                               | SI                | NO |
| REVISORI DEI CONTI                                                     | SI                | NO |
| ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA ASSEGNATI DAL M.I.U.R.                  | SI                | NO |
| PERSONALE IN QUIESCENZA C. M. 127 DEL 1994                             | SI                | NO |
| ALTRI (SPECIFICARE):                                                   |                   |    |

| RESPONSABILITA' CIVILE                                         |    |    |
|----------------------------------------------------------------|----|----|
| RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI:                            |    |    |
| MASSIMALE PER ANNO                                             | €  | -  |
| MASSIMALE UNICO PER SINISTRO,PER PERSONA E PER LE COSE         | €  | -  |
| RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI D'OPERA:             |    |    |
| MASSIMALE PER ANNO                                             | €  | -  |
| MASSIMALE UNICO PER SINISTRO E PER PERSONA                     | €  | -  |
| E' COMPRESA LA RESPONSABILITA' CIVILE:                         |    |    |
| PER INTERRUZIONE O SOSPENSIONE ATTIVITA'                       | SI | NO |
| PER INCENDIO                                                   | SI | NO |
| DEI DIPENDENTI PREPOSTI AL SERVIZIO DI SICUREZZA E PREVENZIONE | SI | NO |
| PER GLI OGGETTI PERSONALI DEGLI ALLIEVI                        | SI | NO |
| IN CONSEGNA O CUSTODIA ALLA SCUOLA                             | SI | NO |
| PER COMMITTENZA GENERICA                                       | SI | NO |
| ALTRO (SPECIFICARE):                                           |    |    |

| LICEO CLASSICO STATALE "G. F. PORPORATO" - PINEROLO                                                                                        |                 |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| INFORTUNI                                                                                                                                  |                 |          |
| RINUNCIA ALLA RIVALSA VERSO L'EVENTUALE RESPONSABILE DELL'INFORTUNIO                                                                       | SEMPRE OPERANTE | LIMITATA |
| E' COMPRESO IL RISCHIO IN ITINERE:                                                                                                         | SI              | NO       |
| CON LIMITAZIONI DI TEMPO                                                                                                                   | SI              | NO       |
| CON L'USO DI QUALSIASI MEZZO                                                                                                               | SI              | NO       |
| RIDUZIONE INDENNIZZO IN CASO DI RESPONSABILITA' DELL'ASSICURATO O DI CHI LO TRASPORTA                                                      | SI              | NO       |
| MORTE (CAPITALE ASSICURATO)                                                                                                                | € -             |          |
| INVALIDITA' PERMANENTE:                                                                                                                    |                 |          |
| CAPITALE ASSICURATO                                                                                                                        | € -             |          |
| TABELLE INAIL                                                                                                                              | SI              | NO       |
| FRANCHIGIE (SE SI PRECISARE PERCENTUALE)                                                                                                   | SI              | NO       |
| INDICARE LA MODALITA' DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO DEI PRIMI 10 PUNTI DI INVALIDITA' ACCERTATA                                               |                 |          |
| INDICARE LA PERCENTUALE PER LA QUALE VIENE LIQUIDATO L'INTERO CAPITALE DI INVALIDITA' ACCERTATA                                            | %               |          |
| SONO PREVISTI ULTERIORI RIDUZIONI RIGUARDANTI I PRIMI 10 PUNTI DI INVALIDITA' ACCERTATA NEL "RISCHIO IN ITINERE" (SE SI SPECIFICARE QUALI) | SI              | NO       |
| RENDITA ANNUA RIVALUTABILE A FAVORE DEGLI ALLIEVI PER INFORTUNI GRAVI (SPECIFICARE IMPORTO E DURATA)                                       |                 |          |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA POLIOMIELITE E DA MENINGITE CEREBRO-SPINALE:                                                                     |                 |          |
| CAPITALE ASSICURATO                                                                                                                        | € -             |          |
| DIARIA DA RICOVERO:                                                                                                                        |                 |          |
| IN ISTITUTO DI CURA                                                                                                                        | € -             |          |
| IN DAY-HOSPITAL                                                                                                                            | € -             |          |
| RIMBORSO SPESE DI CURA:                                                                                                                    |                 |          |
| SOMMA ASSICURATA                                                                                                                           | € -             |          |
| FRANCHIGIE (SE SI', SPECIFICARE PERCENTUALE)                                                                                               | SI              | NO       |
| SOTTOLIMITI PER APPARECCHI E PROTESI DENTARIE, PROTESI ACUSTICHE E ORTOPEDICHE, DANNO ESTETICO                                             | SI              | NO       |
| SPESE AGGIUNTIVE PER LENTI E OCCHIALI, CARROZZINE/TUTORI, STRUMENTI MUSICALI E BICICLETTE, ECC...                                          | SI              | NO       |
| INDENNIZZO PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO GESSATO O TUTORE IMMOBILIZZANTE                                                                 | SI              | NO       |
| INDENNIZZO FORFETTARIO INDICARE IMPORTO                                                                                                    | € -             |          |
| INDENNIZZO GIORNALIERO INDICARE IMPORTO DELLA DIARIA                                                                                       | € -             |          |
| RIMBORSO SPESE DI CURA PER PER MALATTIA IMPROVVISA, DURANTE VIAGGI, VISITE, SOGGIORNI...                                                   | SI              | NO       |
| IN ITALIA                                                                                                                                  | SI              | NO       |
| ALL'ESTERO                                                                                                                                 | SI              | NO       |
| ALTRI RIMBORSI: RIENTRO ANTICIPATO E POSTICIPATO, VIAGGIO DI UN FAMILIARE, ECC...:                                                         | SI              | NO       |
| IN FORMA COMPLETA                                                                                                                          | SI              | NO       |
| PREVISTI PARZIALMENTE                                                                                                                      | SI              | NO       |
| INDENNIZZO IN CASO DI CONTAGIO ACCIDENTALE, DURANTE LE ATTIVITA' ASSICURATE:                                                               |                 |          |
| DA H.I.V.                                                                                                                                  | SI              | NO       |
| DA EPATITE B E DA EPATITE C                                                                                                                | SI              | NO       |
| RIMBORSO PER ASSENZA PROLUNGATA DOVUTA A INFORTUNIO                                                                                        | SI              | NO       |

| LICEO CLASSICO STATALE "G. F. PORPORATO" - PINEROLO |   |   |
|-----------------------------------------------------|---|---|
| MASSIMALE PER INFORTUNIO CUMULATIVO                 | € | - |
| ALTRO (SPECIFICARE):                                |   |   |

| TUTELA GIUDIZIARIA                                               |    |    |
|------------------------------------------------------------------|----|----|
| DIRIGENTE, DSGA, DOCENTI E NON DOCENTI                           | SI | NO |
| ALUNNI E LORO GENITORI                                           | SI | NO |
| MASSIMALE PER ANNO                                               | €  | -  |
| MASSIMALE PER SINISTRO                                           | €  | -  |
| TUTTE LE ATTIVITA' DELL'ISTITUTO                                 | SI | NO |
| COMPRESA LA VIOLAZIONE DELLE NORME:                              |    |    |
| SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI                              | SI | NO |
| SULLA TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO | SI | NO |
| SULLA SICUREZZA ALIMENTARE                                       | SI | NO |
| SULLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SOLIDI                             | SI | NO |
| LIBERA SCELTA DEL LEGALE                                         | SI | NO |
| SPESE GIUDIZIALI E PERITALI                                      | SI | NO |
| SPESE LIQUIDATE ALLA CONTROPARTE IN CASO DI SOCCOMBENZA          | SI | NO |

| ASSISTENZA IN VIAGGIO                  |    |    |
|----------------------------------------|----|----|
| CONSULENZA MEDICA TELEFONICA           | SI | NO |
| <u>DANNI AL BAGAGLIO:</u>              |    |    |
| FURTO, RAPINA E SCIPPO                 | SI | NO |
| PERDITA                                | SI | NO |
| MASSIMALI                              | €  | -  |
| INVIO DI UN MEDICO E/O DI UN'AMBULANZA | SI | NO |
| INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO            | SI | NO |
| ANTICIPO SOMME DI DENARO               | SI | NO |
| ALTRI SERVIZI (SPECIFICARE):           |    |    |

| SERVIZI, GESTIONE SINISTRI, AFFIDABILITA'                                                                              |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| <u>DARE INFORMAZIONI E INDICARE MODALITA' RELATIVAMENTE AI SEGUENTI CAPITOLI :</u>                                     |    |    |
| <u>CONVENZIONI PER PRESTAZIONI DIRETTE, SENZA ANTICIPO DI DENARO, RELATIVE A SERVIZI RADICATI SUL TERRITORIO, PER:</u> |    |    |
| TRASPORTO DEGLI INFORTUNATI                                                                                            | SI | NO |
| CURE DENTISTICHE                                                                                                       | SI | NO |
| CENTRI PRIVATI DI PRIMO SOCCORSO                                                                                       | SI | NO |
| ALTRO (SPECIFICARE):                                                                                                   |    |    |
| <u>MODALITA' DI DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI:</u>                                                                  |    |    |
| GESTIONE TRAMITE REGISTRO INFORTUNI                                                                                    | SI | NO |
| INOLTRO ON-LINE DELLE DENUNCE                                                                                          | SI | NO |
| LA SOCIETA' DISPONE DI UFFICI DI LIQUIDAZIONE DANNI NELLA PROVINCIA DI RIFERIMENTO                                     | SI | NO |

| LICEO CLASSICO STATALE "G. F. PORPORATO" - PINEROLO                                                                                                                    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| SPECIFICARE INDIRIZZO, FAX, TELEFONO, EMAIL                                                                                                                            |    |    |
| INFORMAZIONI AGLI ASSICURATI E TUTELA DEI LORO DIRITTI:                                                                                                                |    |    |
| INFORMATIVA SULLE CONDIZIONI DI GARANZIA E DI UTILIZZO DEI SERVIZI OFFERTI                                                                                             | SI | NO |
| INFORMATIVA SULLE MODALITA' DA SEGUIRE PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI                                                                                                | SI | NO |
| STRUMENTI IMPARZIALI E GRATUITI PER LA DIFESA DEI DIRITTI DEGLI ASSICURATI                                                                                             | SI | NO |
| PRECISARE QUALI                                                                                                                                                        |    |    |
| INFORMAZIONI SULL' OFFERENTE - RETE AGENZIALE E ISTITUTI SCOLASTICI ASSICURATI                                                                                         |    |    |
| LA SOCIETA' OFFERENTE DISPONE DI UNA RETE AGENZIALE DIFFUSA SUL TERRITORIO NAZIONALE                                                                                   | SI | NO |
| SE SI' PRECISARE IL NUMERO DELLE AGENZIE                                                                                                                               | N° |    |
| AGENZIA DI COMPETENZA PRESSO LA QUALE SARA' APPOGGIATO IL CONTRATTO (INDIRIZZO, FAX TELEFONO, EMAIL, ORARI DI APERTURA, SITO WEB)                                      |    |    |
| NUMERO DI ISTITUTI SCOLASTICI ASSICURATI NELLA PROVINCIA DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO                                                                                  |    |    |
| GESTITI DALL'AGENZIA DI COMPETENZA (ALLEGARE ELENCO)                                                                                                                   | N° |    |
| INDICE DI SOLVIBILITA' DELLA SOCIETA' OFFERENTE RIFERITO ALLA GESTIONE DANNI                                                                                           |    |    |
| COSTI DEL PERSONALE (INDICARE LA PERCENTUALE DEL PREMIO IMPONIBILE PRO-CAPITE)                                                                                         |    |    |
| COSTI PER LE MISURE DI ADEMPIMENTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO (INDICARE LA PERCENTUALE DEL PREMIO IMPONIBILE PRO-CAPITE) |    |    |

TIMBRO E FIRMA