



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo NORD 2 - Brescia

Via Costalunga, 15 -25123 BRESCIA Cod. Min. BSIC88400D - Cod.Fisc. 80049710173
Tel.030307858 - 0308379448-9 - Fax 0303384275 url- <http://www.icnord2brescia.gov.it/>

e-mail: icnord2bs@provincia.brescia.it; bsic88400d@istruzione.it;
bsic88400d@pec.istruzione.it

Comunicazione alunni n. 17

Brescia , 28-9-2017

AI GENITORI DEGLI ALUNNI

Oggetto: **ASSICURAZIONE INTEGRATIVA.**

Si comunica che viene sottoscritta la polizza assicurativa con la UNIPOL/PLURIASS, la cui adesione viene dunque proposta a tutti gli alunni iscritti.

La polizza attualmente in vigore (scadenza 19/11/2017) è rinnovata dal 20/11/2017 per durata triennale con adesione delle famiglie annuale.

La polizza prevede la copertura per responsabilità civile, tutela legale, infortuni con relativi rimborsi; è previsto il pagamento indicativamente entro 30 gg. dal ricevimento della documentazione (in originale per le spese mediche sostenute).

Di seguito si indicano sinteticamente le condizioni principali:

MASSIMALI

- Responsabilità Civile	Euro 15.000.000,00
- Infortuni	
Caso morte	Euro 320.000
Invalità permanente	" 300.000
Rimborso spese mediche	" 150.000 (massimale unico)
Diaria da ricovero	" 100 (al giorno)
Danno estetico	" 20.000
Perdita anno scolastico per infortunio	" 6.000
Rimborso effetti personali (occhiali,vestiario, protesi) a seguito di infortunio.	compreso (indennizzi variabili)
Infortuni in itinere	compresi
Diaria da gesso (indipendente dalla frequenza)	" variabile fino a 30

.I.

La quota unitaria per ogni alunno è di 10,00 euro (comprensiva di premio assicurativo, spese amministrative connesse, libretti assenza [delibera Consiglio di Istituto n. 21/05/14]).
E' auspicabile che tutti gli alunni vengano assicurati contro gli infortuni e per la responsabilità civile, fermo restando che è facoltà delle famiglie stipulare una polizza con altre compagnie assicuratrici; si ricorda che la polizza infortuni è necessaria per partecipare alle uscite/uscite guidate.
Le condizioni generali di polizza sono disponibili presso la sede di presidenza per chiunque desideri prenderne visione

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Si fa presente che, in caso di infortunio, è necessario consegnare all'insegnante o in segreteria la **certificazione medica del pronto soccorso (o comunque del medico di base)** attestante la prognosi e **firmare il modulo** (al più presto e comunque entro 48 ore dal sinistro). A guarigione avvenuta è necessario compilare in segreteria il "MODULO DI CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO" ed allegare la documentazione di spesa in **ORIGINALE** (parcelle, ticket sanitari, ricevute fiscali, etc.). **La Società non terrà conto di documentazione di spesa prodotta in copia od in copia conforme all'originale.** I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni: la prescrizione può essere interrotta da un atto fatto per iscritto e trasmesso alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata (tramite la segreteria dell'Istituto). La compagnia non rimborserà eventuali spese per i certificati medici ad uso assicurativo; fa presente che le spese sostenute per l'acquisto/riparazione/noleggio di protesi dentarie, acustiche, ortopediche, lenti e/o montature/occhiali rotti a seguito di infortunio, sono subordinate alla presentazione del certificato attestante l'infortunio stesso. (Lo stesso vale per rimborso di borsette, vestiario ...)

MODALITA' DI PAGAMENTO E RACCOLTA

In considerazione che il versamento sarà effettuato dai rappresentanti di classe, **è consigliabile** che i Sigg. Genitori che devono compilare e sottoscrivere l'allegato modulo di adesione lo consegnino al rappresentante di classe con il pagamento euro **10,00 in occasione delle elezioni dei rappresentanti stessi e comunque entro il 4/11/2017.**

Il rappresentante effettuerà **entro il 10/11/2017** il versamento delle quote raccolte sul conto corrente:

CODICE IBAN : IT 91 L 05728 11204 842570756568

**presso la BANCA INTESA via Crocifissa di Rosa,1 – (ex Banca Popolare di Vicenza)
(indicare come causale: Assicurazione 2017/18 classe..... plesso.....)**

La ricevuta del versamento, unitamente all'elenco degli alunni paganti, e relativi tagliandi va consegnato in segreteria appena effettuato il versamento.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Dott. ssa Laura Bonomini)

(Firma autografa a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c.2., D. Lgs n. 39/1993)

(parte da consegnare al rappresentante)

Io sottoscritt _____

genitore dell'alunn _____

frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso _____

INTENDO ADERIRE all'assicurazione integrativa PLURIASS SCUOLA a.s. 2017/18 e verso € 10,00 al rappresentante di classe.

NON INTENDO ADERIRE

FIRMA DEL GENITORE _____