

Modulo C – Offerta Economica

SEZIONE 1- VALUTAZIONE GENERALE - PREMIO - RISCHI ASSICURATI

In relazione alla presente sezione 1 LA SCUOLA DEVE SCEGLIERE UNA DELLE DUE IPOTESI (o la A o la B)

| TIPO A - BASE NUMERICA - Assicurati a titolo oneroso | PREMIO LORDO PRO CAPITE |
|---|--------------------------------|
| 1) Alunni iscritti alla scuola | |
| 2) Operatori scolastici solo soggetti paganti (personale docente/non docente di ruolo e non) | |

| TIPO B - BASE FORFETTARIA - Assicurati a titolo oneroso | PREMIO LORDO PRO CAPITE |
|--|--------------------------------|
| 1) Tutta la popolazione Scolastica (Tutti gli Alunni + Tutti gli Operatori) | |

SEZIONE 2 – VALUTAZIONE ECONOMICA RESPONSABILITÀ CIVILE

| | | |
|--|------------------------------|--------------------------|
| Responsabilità Civile Terzi Massimale per Sinistro | Indicare il Massimale | |
| | | |
| Responsabilità Civile Terzi Limite di Risarcimenti per Anno | Illimitato per Anno | Limitato per Anno |
| | | |

| | | | |
|---|--|--|---|
| Danni da incendio Massimale per Sinistro | Maggiore o uguale a 5 Milioni di Euro | Compreso tra 2,5 e 4,99 Milioni di Euro | Minore di 2,49 Milioni di Euro |
| | | | |

SEZIONE 3 – VALUTAZIONE ECONOMICA INFORTUNI

| | | |
|----|-------|------------------------------|
| a) | Morte | Indicare il Massimale |
| | | |

| | | |
|----|-----------------------|------------------------------|
| b) | Invalidità Permanente | Indicare il Massimale |
| | | |

| | | |
|----|---|------------------------------|
| c) | Invalidità Permanente da malattia per contagio da Virus H.I.V. | Indicare il Massimale |
| | | |

| | | | |
|----|---|------------------------------|--|
| d) | Invalidità Permanente da malattia per contagio da Meningite, poliomielite ed Epatite Virale | Indicare il Massimale | |
| | | | |

| | | | |
|----|--|------------------------------|--|
| e) | Rimborso spese mediche da infortunio, comprese le spese per cure e protesi dentarie, oculistiche e dell'apparato uditivo | Indicare il Massimale | |
| | | | |

| | | | |
|----|---|------------------------------|--|
| f) | Rimborso spese mediche da infortunio per ricoveri superiori a 45 gg | Indicare il Massimale | |
| | | | |

| SEZIONE 4 – VALUTAZIONE ECONOMICA TUTELA GIUDIZIARIA | | |
|--|------------------------------|----------|
| Massimale Assicurato per Anno | ILLIMITATO | LIMITATO |
| | | |
| Massimale Assicurato per Sinistro | Indicare il Massimale | |
| | | |

| SEZIONE 5 – VALUTAZIONE ECONOMICA GARANZIA MALATTIA | |
|--|------------------------------|
| Rimborso Spese Mediche da Malattia (in viaggio e in gita in Italia / Europa / Mondo) | Indicare il Massimale |
| | |

Luogo e data _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante _____