

Latina,

SPETTABILEAlla cortese attenzione
Del Dirigente Scolastico
Del Direttore S.G.A.

Gentile Cliente,

Nel ringraziarvi per la preferenza accordataci vi comunichiamo che, sulla base delle indicazioni da voi fornite sulla SCHEDA DI ADESIONE, Vi confermiamo di aver provveduto all'attivazione delle garanzie di polizza presso le Società Assicuratrici, che hanno attribuito i seguenti numeri ai contratti:

CHARTIS EUROPE S.A. (responsabilità civile/infortuni/assistenza) **ISI INSURANCE SPA** (tutela giudiziaria/C.V.T./perdite pecuniarie/altri danni ai beni) **DECORRENZA ORE 24** **SCADENZA ORE 24** **senza tacito
rinnovo****CODICI DI ACCESSO ALL'AREA RISERVATA DEL
SITO INTERNET WWW.SICUREZZASCUOLA.IT****USER** **PSW** **CODICE IDENTIFICATIVO GARA DA INDICARE SEMPRE NELLA
CAUSALE DEL VERSAMENTO PER OGNI PAGAMENTO**

GESTIONE ANAGRAFICA DELLA SCUOLA: dopo l'accesso all'area riservata del sito internet completare tutti i campi presenti nella sezione GESTIONE ANAGRAFICA. In questa area troverete la gestione dei dati del Vostro Istituto Scolastico con la possibilità di poterli modificare. I Vostri dati verranno utilizzati per la compilazione automatica dei moduli di denuncia presenti nell'apposita area GESTIONE SINISTRI

GIS WEB PLUS: il più innovativo applicativo per la stampa delle denunce degli infortuni. All'interno dell'area riservata, alla sezione gestione sinistri, consente di predisporre tutti i modelli delle denunce a tutti gli Enti coinvolti (Compagnia di Assicurazione, INAIL, Autorità di Pubblica Sicurezza, M.I.U.R.)

GESTIONE DEL CONTRATTO: modulistica presente nella vostra area riservata

1. tabella riepilogativa massimali della combinazione di garanzia operante
2. modulo regolazione premio da restituire alla scrivente **solo a mezzo fax** al n. **0773 01 98 57** con allegata la copia del mandato di pagamento e l'elenco degli assicurati (se previsto) entro il:
3. modulo denuncia sinistro e modulo privacy
4. dichiarazione di infortunio da parte del docente
5. modulo di continuazione e/o chiusura di sinistro
6. calendario giorni di presenza scolastica
7. guida per la scuola - cosa fare in caso di sinistro
8. guida per l'Assicurato - cosa fare in caso di sinistro
9. guida per l'assistenza sanitaria a scuola e in viaggio in Italia e all'estero

Restiamo a vostra disposizione per qualsiasi informazione e , con l'occasione porgiamo i migliori saluti.

Benacquista Assicurazioni S.n.c.**BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.**

04100 Latina – Via del Lido, 106 – Tel. 0773.62 981 - Telefax 0773.01 98 57 – 348 30 51 153 (fuori orario d'ufficio)

N. Iscrizione R.U.I. A000163952 Reg.to ISVAP n. 5 del 16.10.2006 - P.I. 00565010592

www.sicurezzascuola.it – info@sicurezzascuola.it – benacquistascuola@pec.it – **Numero Verde 800.013.155**

| RESPONSABILITA' CIVILE - MASSIMALI PER SINISTRO ILLIMITATI PER ANNO - VALIDITA' TERRITORIALE MONDO | Valori espressi in euro |
|---|---|
| RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI R.C.T./RCO/RC PERSONALE DEI DIPENDENTI, DANNO BIOLOGICO, RESPONSABILE SICUREZZA - D. LGS. 81/2008 | 25.000.000,00 |
| DANNI A COSE TROVANTISI NELL'AMBITO DI ESECUZIONE DEI LAVORI PRESSO TERZI | 500.000,00 |
| DANNI DA INTERRUZIONI O SOSPENSIONI ATTIVITÀ | 5.000.000,00 |
| DANNI DA INCENDIO | 8.750.000,00 |
| ASSISTENZA LEGALE E SPESE LEGALI DI RESISTENZA | 6.250.000,00 |
| ESTENSIONI DIVERSE (ELENCO CONSULTABILE ALL'ART. 26 DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE) | comprese |
| INFORTUNI - VALIDITA' TERRITORIALE MONDO | |
| MORTE DA INFORTUNIO E MORTE PRESUNTA | 240.000,00 |
| INVALIDITÀ PERMANENTE (TABELLA INAIL, SENZA FRANCHIGIA FRONTALE, COME DA TABELLA INDENNIZZI) | 300.000,00 |
| INVALIDITÀ PERMANENTE MAGGIORATA PER PEDIBUS E BICIBUS | 330.000,00 |
| RICONOSCIMENTO INVALIDITÀ PERMANENTE DEL 100% SE ACCERTATA AL 45% | 300.000,00 |
| CAPITALE MAGGIORATO PER INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 75% | 400.000,00 |
| RADDOPPIO SOMME ASSICURATE PER INVALIDITÀ PERMANENTE ALUNNI ORFANI | 600.000,00 |
| RECUPERO SPERATO - COMA CONTINUATO (RECOVERY HOPE) DI ALMENO 100 GG | 300.000,00 |
| RIMBORSO SPESE MEDICHE | 130.000,00 |
| RIMBORSO SPESE MEDICHE PER RICOVERI SUPERIORI A 30 GG | 260.000,00 |
| RIMBORSO SPESE E CURE ODONTOIATRICHE ED ORTODONTICHE | senza limiti nel massimale rimborso spese mediche |
| RIMBORSO SPESE E CURE OCULISTICHE - DANNI AD OCCHIALI ANCHE IN PALESTRA | senza limiti nel massimale rimborso spese mediche |
| RIMBORSO SPESE PER ACQUISTO APPARECCHI ACUSTICI | senza limiti nel massimale rimborso spese mediche |
| RIMBORSO SPESE AGGIUNTIVE | comprese |
| - DANNI AL VESTIARIO | 2.500,00 |
| - DANNI A CARROZZELLE/TUTORI PER PORTATORI DI HANDICAP | 3.500,00 |
| - APPARECCHI E/O PROTESI ORTOPEDICHE E/O TERAPEUTICHE | 2.500,00 |
| - APPARECCHI E/O PROTESI ORTODONTICHE | 2.500,00 |
| - DANNI A BICICLETTE | 500,00 |
| - DANNI A STRUMENTI MUSICALI (PER CONSERVATORI DI MUSICA E SCUOLE DI MUSICA) | 800,00 |
| DIARIA DA RICOVERO (EURO/GG FINO AD UN MASSIMO DI 750 GG) | 100,00 |
| DAY HOSPITAL E DAY SURGERY (EURO/GG FINO AD UN MASSIMO DI 750 GG) | 100,00 |
| DIARIA DA GESSO INCLUSE DITA DELLE MANI- ASSENZA DA SCUOLA: LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO | 1.200,00/40,00 |
| DIARIA DA GESSO INCLUSE DITA DELLE MANI - PRESENZA A SCUOLA: LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO | 600,00/20,00 |
| DANNO ESTETICO | 13.000,00 |
| DANNO ESTETICO UNA TANTUM | 1.200,00 |
| SPESE PER LEZIONI PRIVATE DI RECUPERO | 4.000,00 |
| SPESE ACCOMPAGNAMENTO E TRASPORTO DELL'ASSICURATO CASA O SCUOLA/ISTITUTO DI CURA E VICEVERSA, LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNO | 1.500,00/50,00 |
| PERDITA ANNO SCOLASTICO | 18.000,00 |
| INDENNITÀ DA ASSENZA (UNA TANTUM) | 160,00 |
| CRITICAL ILLNESS (POLIOMIELITE - MENINGITE CEREBRO SPINALE - EPATITE VIRALE) | 25.000,00 |
| BORSA DI STUDIO PER ULTIMAZIONE PERCORSO SCOLASTICO | 45.000,00 |
| SPESE DI TRASPORTO CASA SCUOLA E VICEVERSA, LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNO | 1.500,00/50,00 |
| MANCATO GUADAGNO GENITORI (AL GIORNO, MASSIMO 30 GG) | 40,00 |
| ANNULLAMENTO INTERRUZIONE CORSI PRIVATI A SEGUITO DI INFORTUNIO | 1.300,00 |
| CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V. - EPATITE VIRALE | 50.000,00 |
| INFORTUNI IN ITINERE E TRASFERIMENTI INTERNI ED ESTERNI - ALUNNI ED OPERATORI DELLA SCUOLA | compresi |
| EVENTI CATASTROFALI - RISCHIO GUERRA - INFORTUNI AERONAUTICI | 25.000.000,00 |
| CALAMITÀ NATURALI - TERREMOTI - INONDAZIONI - ALLUVIONI - ERUZIONI VULCANICHE | 15.000.000,00 |
| ASSICURAZIONE ASSISTENZA | |
| CONSULENZA MEDICA-TELEFONICA 24H SU 24 (ELENCO PRESTAZIONI ART. 48 CONDIZIONI CONTRATTUALI) | compresa |
| ASSISTENZA A SCUOLA (ELENCO PRESTAZIONI ART. 48 CONDIZIONI CONTRATTUALI) - VALIDITÀ TERRITORIALE ITALIA | compresa |
| ASSISTENZA PSICOLOGICA A SCUOLA | 25.000,00 |
| ASSISTENZA IN VIAGGIO (ELENCO PRESTAZIONI ART. 48 CONDIZIONI CONTRATTUALI) - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | compresa |
| TRASFERIMENTO/RIMPATRIO SALMA - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | illimitato |
| TRASFERIMENTO/RIMPATRIO SALMA/VIAGGIO DI UN FAMILIARE - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 7.500,00 |
| SPESE FUNERARIE A SEGUITO DI INFORTUNIO - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 10.000,00 |
| ANTICIPO DENARO - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 5.000,00 |
| TRADUZIONE CARTELLA CLINICA - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 300,00 |
| INTERPRETE - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 300,00 |
| RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 100.000,00 |
| SPESE MEDICHE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 50.000,00 |
| SECOND OPINION - CONSULENZA SANITARIA DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE - VALIDITÀ TERRITORIALE ITALIA | compresa |
| ASSICURAZIONE BAGAGLIO - VALIDITÀ TERRITORIALE MONDO | 3.000,00 |
| ASSICURAZIONE ANNULLAMENTO GITE (INFORTUNIO/MALATTIA) | 1.500,00 |
| ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA - SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO IN ITALIA - RIMPATRIO SANITARIO - VALIDITÀ TERRITORIALE ITALIA | 30.000,00 |
| TUTELA LEGALE - MASSIMALE PER SINISTRO - ILLIMITATO PER ANNO - VALIDITA' TERRITORIALE MONDO | |
| SPESE LEGALI E PERITALI | 70.000,00 |
| LIBERA SCELTA DEL LEGALE, SPESE PER PROCEDIMENTI PENALI E PER DELITTO DOLOSO, GESTIONE E DEFINIZIONE DI SANZIONI AMMINISTRATIVE (MULTE E AMMENDE), VIOLAZIONE DELLE NORME SULL'IGIENE ALIMENTARE, VIOLAZIONE DELLE NORME SULLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI, | comprese |
| VIOLAZIONE DELLE NORME SULLA PRIVACY, RIMBORSO SPESE NON RICONOSCIUTE CONGRUE DALL'AVVOCATURA DI STATO, INADEMPIMENTI FISCALI, AMMINISTRATIVI E TRIBUTARI (COMPRESA LA RIVALSA DA PARTE DELLA P. A.), CONSULENZA ED ASSISTENZA PER CAUSE DI LAVORO | comprese |

| | |
|--|-----------|
| KASKO VEICOLI DEI DIPENDENTI IN MISSIONE - VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA | |
| KASKO PER I VEICOLI DEI DIPENDENTI IN MISSIONE - SOMMA ASSICURATA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO | 15.000,00 |
| KASKO PER VEICOLI DEI DIPENDENTI IN MISSIONE - SOCCORSO STRADALE | 300,00 |
| ELETRONICA - VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA | |
| ELETRONICA - SOMMA ASSICURATA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO | 5.000,00 |
| FURTO PORTAVALORI - VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA | |
| FURTO PORTAVALORI - SOMMA ASSICURATA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO | 5.000,00 |
| KASKO PER VEICOLI DEI REVISORI DEI CONTI - VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA | |
| KASKO PER VEICOLI REVISORI DEI CONTI - SOMMA ASSICURATA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO | 20.000,00 |
| KASKO PER VEICOLI REVISORI DEI CONTI - SOCCORSO STRADALE | 300,00 |
| KASKO OCCHIALI ALUNNI A SCUOLA - VALIDITA' TERRITORIALE ITALIA | |
| KASKO LENTI E MONTATURE A SCUOLA - SOMMA ASSICURATA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO | 300,00 |

| ISTITUTO SCOLASTICO | | | |
|---------------------|--|--|-----------------------|
| | | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. | |
| | | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA | |
| | | Data effetto: | Data scadenza: |
| | | Periodo di assicurazione | |

| PERSONALE DIRIGENTE E DIRETTIVO (solo nel caso i dati fossero diversi da quelli contenuti nella "scheda di adesione") | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| Dirigente Scolastico | | Data di nascita: | |
| Direttore S.G.A. | | Data di nascita: | |
| Mail Dirigente Scolastico | | Mail Direttore S.G.A. | |

| POPOLAZIONE SCOLASTICA | | | |
|---|--|--|--|
| Il dato fornito è da ritenersi valido ai fini della determinazione del premio di polizza Per operatori scolastici vedasi definizione presente nelle Condizioni Generali di Assicurazione | | | |
| Numero complessivo degli studenti iscritti all'Istituto 100% | | Numero complessivo degli Operatori scolastici (Dirigente, DSGA, Personale docente e non docente) 100% | |

**DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI POLIZZA - ART. 10 OPZIONI DI COPERTURA -
CALCOLO DEL PREMIO DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

| | | | | |
|---|--|--------------|--------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opzione 1 - copertura globale alunni | Pagamento del premio da parte dei soli studenti (100%) Massima tolleranza concessa 5% | | | |
| Numero studenti | | moltiplicato | €..... | Premio totale di polizza €..... |
| <input type="checkbox"/> 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 | | moltiplicato | €..... | Premio totale di polizza €..... |
| <input type="checkbox"/> Opzione 3 - copertura alunni e/o operatori scolastici con adesione globale e/o nominativa | Pagamento del premio da parte degli studenti e degli operatori scolastici (100%) Massima tolleranza 5% [in caso di superamento della percentuale di tolleranza (5%) per una o per entrambe le categorie di assicurati occorre allegare al presente documento il modulo "elenco assicurati in forma nominale"] | | | |
| Numero studenti | | moltiplicato | €..... | Premio totale di polizza €..... |
| Numero operatori scolastici | | | | |
| <input type="checkbox"/> Opzione 4 - copertura globale alunni e operatori scolastici | Pagamento del premio da parte degli studenti e degli operatori scolastici (100%) Massima tolleranza concessa 15% | | | |
| Numero studenti + operatori scolastici | | moltiplicato | €..... | Premio totale di polizza €..... |

**MODALITÀ ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO DEL PREMIO DI POLIZZA
ART.11 DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

| | |
|---|--|
| ATTENZIONE! | Termine ultimo per la RESTITUZIONE del presente modulo: |
| | Termine ultimo per il PAGAMENTO del premio di polizza: |
| | Il presente modulo e il mandato di pagamento devono essere inviati esclusivamente via fax al n. 0773 01 98 57 |
| | Bonifico bancario a favore di BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c. presso Banco di Brescia Filiale di Latina 1 IBAN: IT 81 T 03500 14700 000000005919 |
| | Indicare nella causale del versamento esclusivamente il codice CIG: |
| 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 62 981 | |

Luogo e Data

Timbro dell'Istituto Scolastico e Firma del Dirigente

Inviare esclusivamente al n. **0773.019867**

| ISTITUTO SCOLASTICO | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|------------------------|----------------|--------------------|
| | | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. | | | |
| | | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA | | | |
| | | Data effetto: | | Data scadenza: | |
| | | Periodo di assicurazione | | | |
| Data Sinistro | | Ora | Luogo | | |
| Cognome | | Nome | | Cod. Fisc. | |
| Data di nascita | | Luogo di nascita | | Prov. | Cittadinanza Sesso |
| Residente in via | | CAP | Città | | Prov. |
| Tel Casa | | Tel Ufficio | | Cell. | Fax |
| Mail | | | | | |
| Qualifica professionale | | | Qualifica assicurativa | | |
| Se studente: Classe - Sezione - Corso | | | | | |

SE MINORE

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà: | | Nominativo del 2° genitore: | |
| Cognome, Nome | | Cognome, Nome | |

In caso di polizza emessa con elenco nominativo riguardante allievi/personale docente/personale non docente dichiarare se il soggetto ha provveduto al versamento della quota di premio: **SI** **NO**

DESCRIZIONE DELL'ACCADUTO (in caso di incidente stradale fornire i dati relativi alla controparte allegando copia della constatazione amichevole):

| | | | | | |
|---|---|--------------------|--|--------------------|--|
| | | | | | |
| Ambito di accadimento | | | | | |
| Al momento dell'infortunio cosa faceva in particolare? | | | | | |
| Cos'è successo di imprevisto per cui è avvenuto l'infortunio? | | | | | |
| In conseguenza a ciò cos'è accaduto? | | | | | |
| Soggetto organizzatore | | Soggetto vigilante | | | |
| Eventuali testimoni | | | | | |
| Eventuali persone ritenute responsabili dei fatti | | | | | |
| Tipo di lesione | | Sede della lesione | | Giorni di prognosi | |
| L'infortunato è stato ricoverato in ospedale? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Se SI, quale? | | | |

Allegati obbligatori:

- Documentazione medica (**TUTTA**) rilasciata dalla struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso. Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista sempreché detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.
- Modulo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Firma dell'Insegnante
Timbro dell'Istituto Scolastico Firma del Dirigente


Secondo quanto previsto dall' Art. 35 Punto 27 Legge n.248 del 2006, il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte pena l'impossibilità di portare a termine la gestione del sinistro

Gestione Liquidazione Sinistri:

I.G.S. S.r.l Via Ligabue, 2 - 04100 Latina
 Tel +39.0773.602378 - Fax 0773.019867
 Internet: www.sicurezzaascuola.it - E-mail: sinistri@sicurezzaascuola.it

| ISTITUTO SCOLASTICO | | |
|---------------------|--|-----------------------|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. | |
| | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA | |
| | Data effetto: | Data scadenza: |
| | Periodo di assicurazione | |
| DATI ASSICURATO | | |
| Cognome | Nome | Data Sinistro |

Secondo quanto previsto dal D.LGS. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, la nostra Società **BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.**, anche per conto della **CHARTIS EUROPE S.A.**, e della **ISI INSURANCE S.p.A.**, in qualità di Titolari del trattamento dei dati, intende informarvi in merito ai punti della norma sotto indicati intesi a salvaguardare la riservatezza delle informazioni riferite sia a persone fisiche che a persone giuridiche.

1. Fonte e natura dei dati personali

La nostra Società, per fornire i servizi da lei richiesti o in suo favore previsti, (ad esempio stipula di contratti assicurativi o gestione sinistri), deve acquisire o già detiene dati personali che la/vi riguardano.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il D.LGS. 196/2003 definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, opinione religiose, adesione a sindacati, partiti politici, o a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. Finalità del trattamento dei dati

I suoi dati personali sono trattati per finalità assicurative, per l'esercizio dei suoi/vostrî diritti, in relazione alle seguenti finalità:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio antincendio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- c) di informazione e promozione commerciale, indagini sulla qualità del servizio prestato, soddisfazione del cliente, di cui al successivo punto 4 lett. C, strumentali al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalla nostra Società.

3. Modalità del trattamento dati

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantire la sicurezza e riservatezza.

4. Comunicazione a terzi dei suoi dati personali

Per le attività svolte dalla **BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.** anche per conto della **CHARTIS EUROPE S.A.** e della **ISI INSURANCE S.p.A.** può essere necessario comunicare i suoi dati a soggetti terzi più precisamente:

A. *Comunicazioni obbligatorie:* comunicazioni che la società è tenuta a fare in base a Leggi, regolamenti, disposizioni impartite da organi di vigilanza

(ad esempio ISVAP, INPS, UCI, ANIA, Forze dell'Ordine).

B. *Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente:* rientrano in questa tipologia, le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, come ad esempio: Società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo quali: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, sub-agenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione; legali, periti, società di servizi cui siano affidati la gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi informatici o di archiviazione, di revisione, di informazione commerciale per rischi finanziari, di servizi per il controllo delle frodi, di recupero crediti, di servizi postali.

C. *Comunicazioni strumentali all'attività della nostra società:* comunicazioni finalizzate a migliorare la qualità del servizio prestato, attraverso indagini sulla soddisfazione del Cliente, con necessità di comunicare i suoi dati a Società a noi collegate e altri soggetti che possono offrire servizi di qualità alla nostra clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati come titolari autonomi del trattamento.

5. Diritti di cui all'Art. 7 D.LGS 196/2003 (diritti dell'interessato)

Lei/Voi avete diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi/Vostri dati presso di noi e come vengono utilizzati; avete inoltre diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, e di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio di quanto sopra specificato potrete rivolgervi: **BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.** Via Del Lido 106 – LATINA 04100; al servizio "Sicurezza Scuola" al seguente numero telefonico: 0773.62981; oppure direttamente presso le direzioni generali delle Società: **CHARTIS EUROPE SA** – Via Della Chiusa 2 – MILANO 20123 e della **ISI INSURANCE S.p.A.** – Via San Marco 48 – 37138 VERONA. Il servizio è a completa disposizione per eventuali chiarimenti sul testo dell'informativa o sulla legge medesima, sulla modalità del trattamento dei dati o su qualunque altra informazione ritenuta necessaria. Per ragioni di opportunità non tutti i destinatari della comunicazione possono essere esplicitati per esteso o aggiornati frequentemente sullo stampato; pertanto, il servizio indicato in informativa è a disposizione nel fornire dettagli o risposte di chiarimento in merito, nonché l'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento.

Sulla base di quanto sopra, le chiediamo pertanto di esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati personali, anche sensibili, e per la comunicazione alle categorie di soggetti indicati nelle lettere: A e B del punto 4. (Comunicazione a terzi dei suoi dati personali) in relazione alle finalità di cui al punto 2 (Finalità del trattamento dei dati) lettere a) - b) dell'informativa stessa, apponendo la firma in calce.

L'EVENTUALE RIFIUTO DA PARTE DELL'INTERESSATO DI CONFERIRE I DATI PERSONALI NEI CASI SOPRA PREVISTI DAI PUNTI A. B. DEL PUNTO 4. IN RELAZIONE ALLE FINALITÀ DI CUI AL PUNTO 2 LETTERE A) B), COMPORTA L'IMPOSSIBILITÀ NEL GESTIRE E LIQUIDARE I SINISTRI.

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | LUOGO E DATA | |
| <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO | FIRMA DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà) | |

Vi chiediamo, inoltre, di esprimere il consenso per la comunicazione e/o diffusione dei Vostri dati personali, alle categorie di soggetti indicati alla lettera C. del punto 4. per le finalità di cui alla lettera C) del punto 2., apponendo la firma in calce. Tale consenso è facoltativo e non impedisce la prosecuzione del rapporto contrattuale e la fornitura dei servizi di cui sopra.

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACCONSENTO | LUOGO E DATA | |
| <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO | FIRMA DELL'INFORTUNATO (in caso di infortunio a minore, firma l'esercente la potestà) | |

| GESTIONE DEL SINISTRO ON – LINE – COMUNICAZIONE DELL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA | |
|--|---|
| Il nostro sistema di gestione permette di interagire direttamente con l'Assicurato via e-mail. Per poter beneficiare del servizio che comprende anche l'invio della documentazione per la eventuale liquidazione del sinistro, Le chiediamo di indicare chiaramente e in stampatello, nella casella sottostante, il suo indirizzo di posta elettronica | @ |

la presente dichiarazione NON esonera la scuola dalla trasmissione del Modulo Denuncia Sinistro

| ISTITUTO SCOLASTICO | |
|---------------------------------|--|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. |
| | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA |
| Data effetto: | Data scadenza: |
| Periodo di assicurazione | |

Data Sinistro **ora** **luogo**

Il sottoscritto (Cognome) (Nome) **Data di nascita**

Al momento del fatto in servizio presso la scuola
(indicare l'indirizzo della sede/plesso dell'istituzione scolastica)

COMUNICA CHE L'ALUNNO/A

Cognome **Nome**

Nato a **il** **Residente in Via**

CAP **Città** **Prov.** **Frequentante la classe/sezione**

HA SUBITO UN INFORTUNIO

In data **Alle ore**

AL RIGUARDO DICHIARA

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente luogo

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome** **Nome**

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.) **Recapito telefonico:**

▪ Che al momento dell'infortunio era presente il seguente testimone: **Cognome** **Nome**

Indirizzo completo (via/cap/città/prov.) **Recapito telefonico:**

▪ Che l'infortunio è avvenuto nel seguente modo (descrizione particolareggiata dei fatti)




▪ Che l'infortunato è stato immediatamente assistito dal/i Sig. (Cognome/nome/indirizzo completo/recapito telefonico/qualifica professionale)

▪ Che l'infortunato è stato inviato al Pronto Soccorso di

▪ Eventuali osservazioni

Il sottoscritto dichiara che, pur essendo presente, si è trovato nell'impossibilità di prevenire l'infortunio.

In fede

(luogo) (data) (Firma dell'Insegnante)

| ISTITUTO SCOLASTICO | |
|---------------------------------|--|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. |
| | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA |
| Data effetto: | Data scadenza: |
| Periodo di assicurazione | |

Dati dell'Assicurato: **Cognome:** **Nome:**

Data sinistro **Nr. sinistro**

| CALENDARIO DEL MESE DI | | | |
|------------------------|--|---------|-----------|
| GIORNO DEL MESE | PRESENTE (intera giornata di lezione) | ASSENTE | ALTRO (*) |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |

| CALENDARIO DEL MESE DI | | | |
|------------------------|--|---------|-----------|
| GIORNO DEL MESE | PRESENTE (intera giornata di lezione) | ASSENTE | ALTRO (*) |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |

Barrare con una crocetta, in corrispondenza del giorno del mese, la presenza, l'assenza o altro (*).
(*) barrare "altro" in caso di presenza scolastica con orario ridotto per entrata posticipata/uscita anticipata, sabato, domenica, chiusura natalizia, pasquale, carnevale, elezioni politiche, patroni, ecc...

Si dichiara che il presente calendario è conforme alle risultanze dei registri di classe.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Istituto Scolastico è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

Data

Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente

| ISTITUTO SCOLASTICO | |
|---------------------------------|--|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. |
| | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA |
| Data effetto: | Data scadenza: |
| Periodo di assicurazione | |

Barrare con una "X" la casella interessata CONTINUAZIONE SINISTRO CHIUSURA SINISTRO

Data sinistro Numero sinistro

Assicurato: Cognome Nome Cod. Fisc.

Data di nascita: Luogo di nascita Prov. cittadinanza

Residente in via CAP Città Prov

Tel. casa Altro Tel. Cell Fax

Mail @

Qualifica professionale Qualifica assicurativa

Se studente: Classe - Sezione - Corso

SE MINORE

Nominativo del genitore o di chi ne esercita la patria potestà (cognome) Nome

Nominativo del 2° genitore (cognome) Nome

SI ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE RIFERITA AL SINISTRO:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nr. Referti medici | <input type="checkbox"/> Nr. Relazioni mediche |
| <input type="checkbox"/> Nr. Prescrizioni mediche | <input type="checkbox"/> Nr. Bene rotto/danneggiato (occhiali, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione modalità accadimento | <input type="checkbox"/> Nr. Relazione docente/Preposto alla sorveglianza |
| <input type="checkbox"/> Nr. Dichiarazione testimoniale | <input type="checkbox"/> Nr. Documentazione radiografica (RX, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Nr. Consenso trattamento dei dati personali generali e sensibili | <input type="checkbox"/> Nr. Copia fattura originaria di acquisto del bene rotto/danneggiato (occhiali, ecc.) |
| <input type="checkbox"/> Nr. Originale ticket | <input type="checkbox"/> Nr. Originale fattura/ricevuta/notula/parcella |
| <input type="checkbox"/> Nr. Cartella clinica integrale (copia conforme) | <input type="checkbox"/> Nr. C.A.I. (Constatazione Amichevole Incidente) |
| <input type="checkbox"/> Nr. Verbale autorità Pubblica Sicurezza | <input type="checkbox"/> Nr. Altro (Specificare) |

Luogo e data _____



Firma dell'infortunato o nel caso di infortunio a minore firma dell'esercente la potestà _____






ATTENZIONE!

| | | |
|---|--|--|
| ① | se avete barrato la casella "CONTINUAZIONE SINISTRO" | Inviare tutta la documentazione ESCLUSIVAMENTE VIA FAX AL |
| ② | se avete barrato la casella "CHIUSURA SINISTRO" | INVIARE LA DOCUMENTAZIONE DI SPESA IN ORIGINALE VIA POSTA A: I.G.S. S.R.L VIA LIGABUE, 2 - 04100 LATINA |
| ③ | La documentazione di spesa prodotta in copia NON E' VALIDA ai fini del rimborso La documentazione di spesa prodotta per i referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile | |

| ISTITUTO SCOLASTICO | |
|---------------------------------|--|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. |
| | N.Pol. tutela giudiziaria -C.V.T. - perdite pecuniarie - altri danni ai beni ISI INSURANCE SPA |
| Data effetto: | Data scadenza: |
| Periodo di assicurazione | |

| TERMINI PER LA DENUNCIA DEI SINISTRI | |
|--|--|
| Annullamento gite, viaggi e/o scambi culturali (studenti ed operatori scolastici) | entro 5 giorni lavorativi successivi alla data programmata di partenza la data dell'evento (infortunio o malattia riportata sul certificato medico dovrà essere antecedente e/o contemporanea alla data programmata di partenza) |
| Infortuni e interruzione corsi | 30 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio |
| Responsabilità Civile | 30 giorni da quando l'Istituto Scolastico ne è venuto a conoscenza |
| Kasko lenti e montature – Kasko dipendenti in missione – Altre Garanzie | 30 giorni dalla data di accadimento del sinistro |
| Bagaglio – Spese mediche da malattia in viaggio - Grandi interventi chirurgici all'estero | 30 giorni dal termine del viaggio |

| | |
|--|--|
| MODALITÀ PER LA TRASMISSIONE DELLE DENUNCE E ATTRIBUZIONE DEL NUMERO DEL SINISTRO | <p>FASE ①</p> <p>Denuncia ON LINE: per la redazione della denuncia di sinistro è a disposizione dell'Istituto Scolastico l'applicativo GISWeb Plus. L'utilizzo dell'applicativo avviene attraverso l'accesso all'area riservata del sito www.sicurezzascuola.it mediante User e Password ed entrando nella sezione GESTIONE SINISTRI>GESTIONE DENUNCE>INSERISCI DENUNCIA ON LINE. GISWeb Plus consente l'invio in forma telematica della denuncia del sinistro alla società di assicurazione. La guida dell'applicativo è inserita nel menù di utilizzo dell'applicazione.</p> |
| | <p>FASE ②</p> <p>Inoltro dei documenti relativi alla denuncia del sinistro avviene solo ed esclusivamente via fax al numero:</p> <p>Elenco dei documenti da allegare:</p> <ol style="list-style-type: none"> Modulo di denuncia sinistro e modulo raccolta consenso trattamento dati personali Documentazione medica (tutta quella rilasciata dal pronto soccorso). Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessino l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista, sempreché redatto, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro. <p> Eventuale documentazione di spesa in allegato alla denuncia dovrà essere inviata solo via fax (l'originale andrà inviato solo alla chiusura del sinistro)</p> |
| | <p>FASE ③</p> <p>Conferma di ricezione e attribuzione numero di sinistro: di norma entro 48 ore dall'invio della denuncia on-line, l'ufficio sinistri invierà una mail di conferma di ricezione della denuncia contenente l'attribuzione del numero di sinistro. Nel caso la denuncia non avvenisse attraverso l'applicativo on-line, la stessa potrà essere comunque inoltrata a mezzo fax verde compilando il modulo di denuncia reperibile nella sezione modulistica all'interno dell'area riservata del sito internet: www.sicurezzascuola.it e allegando tutta la documentazione di cui al paragrafo precedente. E' comunque doveroso ricordare che qualora la denuncia non pervenisse on-line il processo di gestione avverrà attraverso i canali tradizionali.</p> |
| CONTINUAZIONE DEL SINISTRO | <p>L'eventuale documentazione medica e di spesa, successiva a quella inviata all'atto della denuncia, dovrà essere spedita ESCLUSIVAMENTE via fax al numero verde:</p> <p>allegata al MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO riportante i dati identificativi dell'assicurato e il numero del sinistro. Tale documentazione deve essere sempre trasmessa, direttamente dall'Assicurato (o dall'Istituto Scolastico), entro 30 giorni dalla data del rilascio della stessa.</p> |
| CHIUSURA DEL SINISTRO | <p>Il processo di chiusura del sinistro deve essere espletato con due modalità distinte:</p> <ol style="list-style-type: none"> In caso di chiusura di sinistro in ASSENZA DI SPESE, il MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO dovrà essere trasmesso ESCLUSIVAMENTE, via fax 0773.019867, direttamente dall'Assicurato (o dall'Istituto Scolastico) completamente compilato e sottoscritto dall'assicurato o da colui che ne esercita la patria potestà. In caso di chiusura di sinistro in PRESENZA DI SPESE, ai fini del rimborso, il MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO dovrà essere trasmesso direttamente dall'Assicurato, o da colui che ne esercita la patria potestà (o dall'Istituto Scolastico) completamente compilato e sottoscritto, unitamente a TUTTA la documentazione di spesa (fatture, ricevute, notule spese, parcella, ticket, ecc.) in originale a mezzo Raccomandata all'indirizzo riportato in calce al MODULO CONTINUAZIONE E/O CHIUSURA SINISTRO. <p> Ai fini della liquidazione del sinistro la Società Assicuratrice non terrà conto di documentazione di spesa prodotta in copia od in copia conforme.</p> |

| | |
|--|---|
| <p align="center">PRECISAZIONI E CONSIGLI IMPORTANTI</p>  | <ol style="list-style-type: none"> ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI: Così come disposto dall'Art. 1891 del C.C. riportato nell'ART. 16 delle Condizioni Generali di Polizza, l'Istituto Scolastico (Contraente) stipula la polizza di Assicurazione per conto altrui. In virtù di questa premessa, "gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Istituto Scolastico Contraente, salvo quelli che per loro natura non possano essere adempiuti che dall'Assicurato". In altre parole in capo all'Istituto Scolastico c'è solo l'obbligo della denuncia di sinistro. Riteniamo, quindi, cosa corretta, consigliare che l'istituzione scolastica deleghi tutta la gestione relativa alla continuazione e alla chiusura del sinistro direttamente all'Assicurato o, in caso di assicurato minore, alla famiglia, al tutore o a colui che ne esercita la patria potestà. Consigliamo sempre all'Istituto Scolastico, in occasione della firma del modulo "Consenso al Trattamento dei Dati Personali Generali e Sensibili", di consegnare all'assicurato o alla sua famiglia, i dati relativi alle assicurazioni, agli Enti e alle Istituzioni, alle quali è stata inoltrata la denuncia, unitamente alla "Guida per l'assicurato" corredato dal quadro sinottico dei massimali previsti dal contratto e da una copia del modulo di "Continuazione e/o Chiusura Sinistro", lasciando all'assicurato, o alla sua famiglia, tutte le incombenze successive circa la continuazione e la chiusura del sinistro. Copia delle Condizioni Contrattuali andrà affissa all'albo della scuola. PRESCRIZIONE ART. 2952 C.C. e successive modifiche: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni. L'interruzione dei termini di prescrizione spetta al beneficiario/avente diritto e deve essere esercitata mediante invio, alla Società Assicuratrice, di un atto (raccomandata A.R.) che valga a costituire in mora (intimazione/richiesta fatta per iscritto) la Compagnia Assicuratrice. Per effetto dell'interruzione della prescrizione si inizia un nuovo periodo di prescrizione. GITE, USCITE DIDATTICHE, SCAMBI CULTURALI ECC. Raccomandiamo la consegna, a tutto il personale della scuola, della GUIDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA A SCUOLA E IN VIAGGIO per tutti i casi in cui sia necessaria l'attivazione della Centrale Operativa per tutte le prestazioni assicurate. |
| <p align="center">OCCHIALI LENTI E MONTATURE</p>  | <p>Il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto/riparazione degli occhiali (lenti/montature), rotti a seguito di infortunio è subordinato alla presentazione di documentazione medica a comprova dell'infortunio occorso. L'indennizzo avverrà nel limite della somma assicurata per questa specifica garanzia prevista alla sezione INFORTUNI "Rimborso spese e cure oculistiche – danni a occhiali".</p> <p>In assenza di certificazione medica (garanzia prevista solo per gli studenti) è previsto il rimborso delle spese sostenute per il riacquisto di occhiali rotti nell'ambito delle strutture scolastiche in conseguenza di urti accidentali. La denuncia dovrà essere corredata dalla dichiarazione sottoscritta dal docente che ha assistito all'evento. L'indennizzo avverrà nel limite fissato dalla somma assicurata per questa specifica garanzia "Assicurazione Kasko Lenti e Montature a scuola" e con le modalità previste alla relativa sezione di polizza. Sono esclusi i danni determinati da dolo, smarrimento, negligenza od incuria dello studente, perdita del bene, furto.</p> <p>L'eventuale restituzione del documento di spesa in originale avverrà dietro richiesta scritta.</p> |
| <p align="center">DIARIA DA GESSO INCLUDE DITA DELLE MANI</p>  | <p>L'indennizzo della DIARIA DA GESSO viene effettuato dietro presentazione della seguente documentazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> Certificato medico attestante l'APPLICAZIONE di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili presso le strutture ospedaliere; Certificato medico attestante la RIMOZIONE di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili presso le strutture ospedaliere; Calendario redatto dall'Istituto scolastico attestante i giorni di frequenza/assenza. <p>Per lesioni alle dita delle mani per le quali siano stati applicati: docce, valve, stecche gessate, di zimmer, splint metallici, bendaggi elasto-adesivi o alla colla di zinco e tutori in genere amovibili, in alternativa alla "diaria da gesso", che non potrà essere riconosciuta in assenza di certificato medico attestante la rimozione del mezzo di contenzione, verrà riconosciuta una liquidazione forfetaria fissata nell'ambito della combinazione prevista dal contratto.</p> |
| <p align="center">SPESE MEDICHE E CURE DENTARIE</p>  | <p>Il rimborso delle spese mediche: ticket sanitari, parcelle, notule, ricevute fiscali, fatture, ecc. è subordinato alla presentazione dell'originale del relativo documento fiscale probatorio.</p> <p>La documentazione di spesa relativa ai referti medici ad uso assicurativo (INAIL) non è rimborsabile.</p> <p>Le visite specialistiche, le terapie fisiche e specialistiche verranno rimborsate esclusivamente dietro presentazione della relativa prescrizione medica.</p> <p>Spese e Cure dentarie Rimborso, senza sottolimiti per dente, delle spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovato da certificato medico. Relativamente alle protesi dentarie sono indennizzate le spese per l'applicazione della sola prima protesi (e non le successive) indipendentemente da quando dovrà essere applicata.</p> <p>Nel caso in cui per l'età giovanile dell'assicurato, non sia possibile l'applicazione della prima protesi entro un anno dalla data dell'infortunio, l'assicurato potrà chiedere un indennizzo sulla base del preventivo delle cure da sostenere. Tale indennizzo sarà erogabile una sola volta a definizione del sinistro sino ad un massimo del corrispondente costo previsto dalla "Tariffa nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche". La ricostruzione delle parti danneggiate – intervento di conservativa – non è considerata protesi e rientra pertanto, a tutti gli effetti, nelle spese mediche per cure odontoiatriche ed ortodontiche.</p> <p>L'assicurato si impegna a presentare alla società assicuratrice un preventivo dettagliato di tutte le cure da effettuarsi e, a richiesta della stessa, un'ortopantomografia o rx endorale ai fini dell'ottenimento dell'indennizzo.</p> <p>La Società si riserva inoltre di sottoporre l'Assicurato ad ogni eventuale accertamento sanitario.</p> <p>Si ricorda infine che dati i tempi di accertamento delle lesioni, si raccomanda una particolare attenzione circa l'interruzione dei termini della prescrizione ai sensi dell'ART. 2952 C.C. che deve essere esercitata a cura dell'avente diritto alle prestazioni del contratto.</p> |
| <p align="center">INFO SINISTRI</p>  | <ul style="list-style-type: none"> - 24 ore su 24 sul sito internet www.sicurezzaascuola.it accedendo all'area riservata dell'Istituto Scolastico - CHIAMAMI: accedendo al sito www.sicurezzaascuola.it e cliccando su chiamami@sicurezzaascuola.it sarete richiamati e vi saranno fornite tutte le informazioni richieste |



GUIDA per
L'ASSICURATO
cosa fare, come e quando agire
in caso di sinistro
2011/2012

Sicurezza
Scuola



benacquista
assicurazioni



PRINCIPALI RISCHI ASSICURATI

Infortuni, Responsabilità Civile, Assistenza e Tutela Giudiziaria

- Morte
- Invalità Permanente
- Possibilità di recupero
- Spese mediche
- Rimborso Spese Aggiuntive
- Diaria da ricovero
- Diaria da gesso
- Indennità di accompagnamento e trasporto dell'assicurato
- Danno estetico al viso
- Danno estetico una tantum
- Spese per lezioni private di recupero
- Perdita anno scolastico
- Indennità da assistenza
- Critical illness (poliomielite, meningite cerebro spinale ed epatite virale)
- Contagio accidentale da virus H.I.V., epatite virale
- Interruzione corsi
- Rischio in itinere
- Responsabilità Civile
- Tutela Giudiziaria
- Assistenza Sanitaria a scuola e in viaggio

Per conoscere nel dettaglio tutti i rischi e le somme assicurate, accedere, tramite User Name e Password all'area riservata alle famiglie, del sito internet www.sicurezzaeducazione.it, dove è consultabile la polizza e le garanzie specifiche scelte dalla Scuola.



PASSAPORTO SANITARIO

Sicuri sempre, ovunque e in tutte le lingue del mondo.

Sicurezza Scuola si contraddistingue sul mercato per la chiarezza, la trasparenza e l'innovazione dei suoi Programmi Assicurativi. Sicurezza Scuola infatti, coniuga le garanzie di una polizza assicurativa tradizionale con specifiche coperture legate alla vita scolastica e con avanzati strumenti di gestione per offrire sempre maggiore tranquillità ai propri assicurati. Spicca tra questi il Passaporto Sanitario, importante novità per il mondo delle assicurazioni scolastiche. Il Passaporto Sanitario è uno spazio web che racchiude la **storia medica personale** degli Assicurati, consentendo la consultazione dell'anamnesi clinica ovunque e in qualunque momento. Fondamentalmente, quindi, è l'utilizzo del servizio in **caso di viaggi o gite d'istruzione**, soprattutto all'estero. Ogni evento medico viene memorizzato con un sistema semplice e sicuro, protetto da password. Per qualsiasi esigenza, da qualsiasi parte del mondo, il paziente o il personale, da lui autorizzato, potrà accedere, nell'arco di pochi secondi, ai dati archiviati e consultarli in almeno 6 lingue. Oltre ai dati e ai documenti medici personali possono essere archiviati, protetti e resi disponibili i principali documenti (Passaporto, Patente, Libretti Sanitari, Biglietti di Viaggio, Licenze, ecc.), creando un vero e proprio "Archivio Riservato on Line".

Il Passaporto Sanitario non si limita a contenere dati personali molto utili in caso di emergenza (gruppo sanguigno, allergie, malattie pregresse, interventi e ricoveri effettuati, farmaci assunti, vaccinazioni, protesi e impianti, familiari e medici da contattare ecc.) ma consente di accentrare, in forma protetta, i risultati degli esami e delle rilevazioni dei dati clinici che il titolare effettua.

COSA FARE PER ATTIVARE IL PASSAPORTO SANITARIO

Collegandosi al sito web www.sicurezzaeducazione.it ed accedendo al Passaporto Sanitario, è possibile inserire tutti i dati anagrafici e sanitari dell'Assicurato.

Tutti i dati, divisi in tre categorie "Anagrafici", "Somatici" e "Clinici", saranno protetti da Username e Password generate all'atto del primo accesso. Terminata la procedura di registrazione, il programma vi consentirà di effettuare la stampa dei dati.



www.sicurezzaeducazione.it

> COSA FARE IN CASO DI SINISTRO <

CHI

La denuncia di sinistro dev'essere effettuata dall'**Istituto Scolastico Contraente** che non è responsabile per ritardi causati dalla mancata o tardiva presentazione della documentazione medica da parte della famiglia. Alla ricezione della denuncia, qualora fosse riportato l'indirizzo email dell'Assicurato o della sua famiglia e un numero di telefono cellulare, sarà nostra cura comunicare **User e Password** per accedere all'**AREA FAMIGLIA** del sito internet www.sicurezza scuola.it, al fine di consentire una rapida ed agevole definizione del sinistro.

QUANDO

La denuncia di sinistro dovrà essere effettuata improrogabilmente nei seguenti termini:

- **Infortuni**: entro 30 giorni dall'infortunio
- **Assistenza in viaggio ed a scuola**: immediatamente quando se ne ha necessità.
- **Spese mediche da malattia in viaggio e Spese mediche grandi interventi chirurgici all'estero**: entro 30 giorni dal termine del viaggio.
- **Bagaglio**: entro 30 giorni dal termine del viaggio.
- **Annullamento viaggi e gite**: entro 5 giorni successivi alla data programmata di partenza.
- **Interruzione corsi**: entro 30 giorni dall'infortunio.
- **Altre garanzie**: entro 30 giorni dall'evento.

COME

La "**denuncia di sinistro**", in base alle garanzie colpite, dovrà essere effettuata nei modi seguenti: "**Infortuni**", "**Interruzione Corsi per infortunio**", "**Bagaglio**", "**Spese mediche da malattia in viaggio e spese mediche grandi interventi chirurgici all'estero**", "**Annullamento gite, viaggi e/o scambi culturali**", "**Altre garanzie**".

La scuola dovrà compilare online l'apposito "Modulo di denuncia" ed inviarlo alla società assicuratrice unitamente a:

- in caso d'infortunio, interruzione corsi, annullamento gite, e/o scambi culturali**: tutta la documentazione medica rilasciata dal Pronto Soccorso. Qualora non sia presente una struttura medico ospedaliera di Pronto Soccorso o per infortuni che interessano l'apparato dentario, il certificato potrà essere rilasciato da altro medico o specialista, purchè detta certificazione venga redatta, di norma, entro 24 ore dall'accadimento del sinistro.
- Assicurazione Bagaglio e Altre garanzie: tutta la documentazione inerente il sinistro in base alla tipologia dello stesso.
- Modulo per la raccolta del consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili** sottoscritto dall'interessato o, in caso di infortunio a minore sottoscritto dall'esercente la potestà, compresa la scelta dell'Assicurato relativamente alla gestione online del sinistro.

"**Assistenza in viaggio e a scuola**", contattando il **numero verde 800 231 323**.

La "**documentazione successiva**" a quella inviata all'atto della denuncia, compresa quella di spesa, dev'essere trasmessa, entro 30 giorni dalla data del rilascio, **esclusivamente via Fax al numero 0773.019867** allegata al modulo di continuazione e/o chiusura da richiedere alla scuola.



INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO: Se l'infornio ha come conseguenza l'invalidità permanente verificata entro 2 anni dal giorno dell'evento, l'assicurato dovrà fornire documentazione medica attestante il grado di invalidità residuo.

RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO: alla chiusura del sinistro, per ottenere il rimborso, **la documentazione di spesa in originale** (fattura, ricevuta, notula, parcella, ticket, ecc), deve essere inviata a mezzo posta unitamente al **"Modulo di Continuazione/Chiusura Sinistro"** da richiedere all'Istituto Scolastico. Non saranno ritenuti validi documenti di spesa prodotti in copia o in copia conforme. Le spese per visite specialistiche, terapie fisiche e specialistiche, verranno rimborsate esclusivamente dietro presentazione della relativa prescrizione medica. Spese per certificati ad uso assicurativo INAIL non sono rimborsabili.

SPESE DENTARIE DA INFORTUNIO: la società rimborsa le spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche rese necessarie da infornio comprovato da certificato medico. L'assicurato dovrà presentare alla società un preventivo dettagliato di tutte le cure da effettuare e, se richiesta, un ortopantomografia o RX endorale.

DIARIA DA GESSO: l'indennizzo viene corrisposto dietro presentazione della seguente documentazione:

1. **certificati medici** attestanti l'applicazione e la rimozione presso le strutture ospedaliere (n. 2 certificati medici);
2. **dichiarazione dell'Istituto Scolastico** contenente il calendario dei giorni di presenza/assenza dell'infornio. L'indennità giornaliera sarà liquidata al 100% in caso di assenza dalle lezioni ed al 50% in caso di presenza.

CHIUSURA DEL SINISTRO: Il processo di chiusura del sinistro deve essere espletato con due modalità distinte:

- **in assenza di spese da rimborsare:** trasmissione del **"Modulo Continuazione/Chiusura Sinistro"** barrando con la "X" la casella **"chiusura sinistro"**
- **in presenza di spese da rimborsare:** trasmissione del **"Modulo Continuazione/Chiusura sinistro"** barrando con la "X" la casella **"chiusura sinistro"** e allegando tutta la documentazione di spesa in originale. Le spese sostenute per il rilascio di certificazioni di guarigione (INAIL o ai fini assicurativi) **non sono rimborsabili.**

INTERRUZIONE DEI TERMINI DI PRESCRIZIONE - ART. 2952 C.C.


Il Codice Civile prevede che dopo un certo periodo di tempo il diritto al risarcimento del danno cada in prescrizione. Pertanto entro due anni dalla data del sinistro, per non perdere il diritto al risarcimento, occorre inviare alla Compagnia di Assicurazione una comunicazione con raccomandata AR, che indichi l'intenzione d'interrompere la prescrizione.



INFORMAZIONI SINISTRI

RISPOSTE ON-LINE E SENZA ATTESE

Per qualsiasi informazione relativa ai sinistri, potete contattare l'ufficio sinistri nei modi seguenti:

- UTILIZZANDO il servizio  attivabile tramite l'accesso al sito www.sicurezzaeduca.it e cliccando su chiamami@sicurezzaeduca.it. Con la compilazione dell'apposita scheda, sarete richiamati e vi saranno fornite tutte le informazioni richieste.
- 24 ORE SU 24, sul sito internet www.sicurezzaeduca.it accedendo all'area riservata alle famiglie con user e password comunicati dalla Società all'atto dell'apertura del sinistro.
- TELEFONANDO Lunedì, Mercoledì e Giovedì dalle 09:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 18:00 a IGS - SINISTRI
Tel. 0773.60 23 78 - Fax 0773.01 98 67 - e-mail: sinistri@sicurezzaeduca.it

| ISTITUTO SCOLASTICO | | |
|---------------------|---|-----------------------|
| | N.Pol. infortuni/R.C./assistenza CHARTIS EUROPE S.A. | |
| | Data effetto: | Data scadenza: |
| | Periodo di assicurazione | |

Si consiglia la consegna della presente guida a tutto il personale della scuola e a tutti gli accompagnatori che si recano in viaggio, (Italia/Estero) prima della partenza per gite/viaggi d'istruzione, interscambi culturali all'estero ecc.



LA MANCATA ATTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI ASSISTENZA PRESSO LA CENTRALE OPERATIVA COMPORTA LA NON OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE CONTRATTUALI

MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di sinistro l'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare per telefono, telefax o telegraficamente la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24 tutto l'anno, ai seguenti numeri:

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| dall'Italia Numero Verde 800 231323 | dall'estero +39 039 65546618 | FAX +39 039 6057533 |
|--|---|--------------------------------------|

Centrale operativa – FILO DIRETTO SERVICE S.p.A.
Centro Direzionale Colleoni – Via Paracelso n.14 – 20041 AGRATE BRIANZA (MI)

e comunicare:

- le generalità complete dell'Assicurato ed un recapito telefonico;
- l'indirizzo - anche temporaneo - ed il numero di telefono del luogo di chiamata;
- il numero di Polizza;
- la prestazione richiesta.

L'Assicurato si obbliga inoltre:

- ⇒ a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società;
- ⇒ a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- ⇒ a produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito;
- ⇒ a fornire, a richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Centrale Operativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo, su indicazione della Centrale Operativa, dovrà fornire sufficienti garanzie di restituzione, entro 30 giorni dalla data di erogazione, delle somme anticipate.

GARANZIA ASSISTENZA SANITARIA IN VIAGGIO

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

- Consulenza medica-telefonica 24h su 24** - Il servizio medico della Centrale Operativa composto da un Direttore Sanitario e da un'équipe di medici qualificati e specializzati, disponibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, fornirà informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico/sanitario:

| reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza | reperimento di medici specialisti d'urgenza | organizzazione di consulti medici | segnalazione di laboratori e centri diagnostici | esistenza e reperibilità di farmaci in Italia e all'estero |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
|--|---|-----------------------------------|---|--|

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.

- Invio Medico** - quando l'Assicurato, in caso di malattia improvvisa o infortunio, necessita di una visita medica urgente, la Società provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare un medico. In caso di irreperibilità immediata del Medico, qualora le circostanze lo rendano necessario, la Società organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso.
- Trasporto in ambulanza** - ove sia accertata l'urgenza della prestazione, la Società organizza il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
- Collegamento continuo con il centro ospedaliero** - quando l'Assicurato in viaggio sia ricoverato in un istituto di cura, la Società tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate. La garanzia è operante nel rispetto della normativa nr. 196 del 30/06/2003, pertanto l'Assicurato dovrà fornire, quando possibile, una liberatoria nei confronti della Società onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.
- Invio medicinali all'estero** Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia all'Estero necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Centrale operativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Società terrà a suo carico le sole spese di spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Centrale operativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

f) Trasporto – rientro sanitario

| | |
|---|---|
| dal centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero ad un centro medico meglio attrezzato | dal centro medico alla residenza dell'Assicurato |
|---|---|

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

La Società effettua il Trasporto - Rientro Sanitario, tenendo a proprio carico tutte le spese, con l'utilizzo dei mezzi ritenuti più idonei e, se necessario, con l'utilizzo dell'aereo:

| | |
|---|--|
| "sanitario" nell'ambito dell'Europa e per gli spostamenti locali | di linea appositamente attrezzato" per tutti gli altri casi |
|---|--|

- g) Prolungamento del soggiorno** - qualora l'Assicurato, ricoverato per un periodo superiore alle 48 ore e trascorso il periodo di ricovero non sia in grado di rientrare per malattia o infortunio alla data prestabilita, La Società rimborsa le spese di pernottamento in albergo sostenute dall'Assicurato stesso fino ad un importo di € 100,00 al giorno ed a persona, con un massimo complessivo di 3 giorni.
- h) Rientro del convalescente** - al proprio domicilio, alla data e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto. La Società organizza e prende a proprio carico le spese di rientro. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.
- i) Rientro di un compagno di viaggio** - quando si renda necessario il rientro sanitario dell'Assicurato o il rientro del convalescente, La Società, tramite la Centrale Operativa, organizzerà il rientro, con lo stesso mezzo, di un compagno di viaggio purché anche quest'ultimo assicurato e partecipante al medesimo viaggio. La Società terrà a proprio carico le spese di rientro del compagno di viaggio ed avrà facoltà di richiedere allo stesso i titoli di viaggio non utilizzati.
- j) Familiare accanto** - La Società mette a disposizione di un familiare un biglietto di viaggio A/R (aereo classe turistica o ferroviario 1^a classe), per recarsi dall'Assicurato ricoverato in ospedale con una prognosi di degenza superiore a 5 giorni o 48 ore se portatore di handicap.
- k) Rientro di minori** (valido solo per il personale scolastico) - La Società quando, in caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 48 ore, o di suo decesso, eventuali minori di anni 15 rimangono senza accompagnatore, provvede, a proprie spese, al loro rimpatrio mettendo a disposizione un altro accompagnatore in sostituzione.
- l) Rientro anticipato** - La Società organizza il rientro dell'Assicurato e prende a proprio carico le relative spese per interruzione del viaggio determinata da decesso o da ricovero ospedaliero con prognosi superiore a 7 giorni di uno dei familiari a casa (Coniuge/Convivente, Genitori, Figli, Fratelli/Sorelle, Suoceri, Generi/Nuore).
- m) Trasferimento/rimpatrio della salma** fino al luogo di sepoltura in Italia, nel limite del capitale previsto dalla combinazione di garanzia prescelta, la Società tiene a proprio carico le spese di trasporto della salma. La società rimborsa anche il costo del biglietto di viaggio A/R di un familiare per recarsi sul luogo in cui si è verificato l'evento fino ad un massimo complessivo di € 7.500,00 per sinistro.
- n) Spese Funerarie** - La Società, a seguito di infortunio mortale, occorso durante le attività assicurate risarcirà le spese funerarie sostenute e documentate fino alla concorrenza della somma prevista dalla combinazione di garanzie prescelta.
- o) Anticipo denaro** fino a € 5.000,00 previa garanzia bancaria e con l'obbligo per l'Assicurato di restituire l'anticipo entro 30 giorni dalla data di erogazione.
- p) Trasmissione messaggi urgenti** a persone residenti in Italia. La Società provvede, a proprie spese, all'inoltro di tali messaggi.
- q) Traduzione cartella clinica** - quando l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di infortunio o malattia, la Società terrà a proprio carico le spese relative alla traduzione della cartella clinica fino ad un importo di Euro 300,00.
- r) Interprete** - Quando l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Società mette a disposizione un interprete, tramite la Centrale operativa, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto. Nel caso di invio sul posto la Società si assumerà i relativi costi entro un massimo di € 300,00 per evento e per anno assicurativo.

ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato in viaggio all'estero, causato da malattia improvvisa, la Società provvede al rimborso delle spese ospedaliere e chirurgiche, per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, fino ad un massimo per ogni persona della somma pattuita nella combinazione di garanzia prescelta. Inoltre la Società provvede, sempre nel limite del capitale di cui sopra anche:

| | |
|---|--|
| al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero | al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche purché sostenute a seguito di prescrizione medica, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (compreso il day hospital) |
|---|--|

ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, sia sottoposto a "Grande intervento chirurgico", come definito nell'elenco contenuto nel libretto delle condizioni di assicurazione, la Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie sostenute fino alla concorrenza della somma pattuita nella combinazione di garanzia prescelta.

ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA TEMPORANEAMENTE IN ITALIA - ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA E RIMPATRIO SANITARIO PRESTAZIONI VALIDE DURANTE IL SOGGIORNO IN ITALIA

ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO

La presente copertura viene fornita per tutti i sinistri occorsi agli Assistenti di Lingua straniera, durante la loro permanenza in Italia, anche se non connessi allo svolgimento della loro attività professionale.

La Società assicura il rimborso all'Assicurato delle spese:

| | | | |
|---|--|---|--|
| di cura sostenute nell'ambito di strutture ospedaliere pubbliche | farmaceutiche, purché prescritte da un medico | accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio | cure dentarie in caso di urgenza fino a Euro 150,00 per Assicurato e per sinistro |
|---|--|---|--|

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre coperture assicurative volontarie e/o obbligatorie, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

La garanzia è prestata, per Assicurato e per anno, fino alla concorrenza del massimale previsto dalla combinazione di garanzia prescelta dall'Istituto Scolastico Contraente.

RIMPATRIO SANITARIO

Prestazioni valide esclusivamente durante il soggiorno in Italia.

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato occorsi durante il soggiorno in Italia, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- ⇒ il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- ⇒ il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- ⇒ la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- ⇒ aereo sanitario (entro il limite di €20.000,00 per sinistro);
- ⇒ aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- ⇒ treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- ⇒ autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- ⇒ altro mezzo di trasporto.

Qualora la prestazione non venisse richiesta al momento dell'infortunio o malattia improvvisa, venisse rifiutata dall'Assicurato o organizzata senza l'approvazione della Centrale Operativa, l'Assicurato non avrà diritto – a posteriori - ad alcun rimborso o compensazione.

OBLIGHI IN CASO DI SINISTRO ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE IN VIAGGIO - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA TEMPORANEAMENTE IN ITALIA ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE DA MALATTIA E RIMPATRIO SANITARIO PRESTAZIONI VALIDE DURANTE IL SOGGIORNO IN ITALIA

OBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- a) darne avviso scritto alla Benacquista Assicurazioni, anche per il tramite del broker, o alla Società appena possibile e comunque entro 30 giorni dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto e fornendo le proprie generalità, il recapito telefonico, il numero di Polizza;
- b) far pervenire alla Benacquista Assicurazioni, anche per il tramite del broker, o alla Società, entro il termine inderogabile di 60 giorni dalla data del Sinistro stesso:

| | | |
|--|--|--|
| il certificato medico o la cartella clinica della patologia sofferta e/o dell'intervento eseguito | le ricevute, in originale, delle spese sostenute; | la prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati |
|--|--|--|

L'Assicurato si obbliga inoltre a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e, su richiesta della Società, a fornire ogni documentazione e a sottoporsi agli accertamenti medici necessari a provare il diritto al rimborso delle spese sostenute.

L'inadempimento di uno degli obblighi suddetti può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso ai sensi dell'Articolo 1915 del Codice Civile.

ASSICURAZIONE BAGAGLIO

La Società indennizza l'Assicurato, nel limite del capitale assicurato per persona e per periodo assicurativo, come previsto nella combinazione prescelta, dei danni materiali e diretti a lui derivanti da furto, incendio, rapina, scippo, mancata riconsegna da parte del Vettore aereo del bagaglio personale. La garanzia è operante anche per le borse da viaggio e le valigie.

La Società corrisponde l'indennizzo:

- a) nel limite del capitale Assicurato per persona e per periodo assicurativo previsto dalla combinazione prescelta. L'assicurazione è prestata a "primo rischio assoluto";
- b) con il limite massimo per oggetto di € 150,00 e per collo di € 500,00 considerando tutto il materiale foto-cine-ottico quale unico oggetto;
- c) in base al valore commerciale che avevano le cose sottratte al momento del verificarsi del sinistro. In caso di capi di vestiario acquistati durante il viaggio, il rimborso verrà effettuato al valore di acquisto, purché debitamente comprovato da idonea documentazione;
- d) successivamente a quello del Vettore o dell'Albergatore responsabili dell'evento, fino alla concorrenza del capitale Assicurato, al netto di quanto già indennizzato e solo qualora il risarcimento non copra l'intero ammontare del danno; si prevede espressamente che, qualora l'indennizzo corrisposto dal Vettore o dall'Albergatore fosse superiore al massimale assicurato, nulla sarà dovuto dalla Società.

In nessun caso verrà risarcito il cosiddetto valore affettivo che gli oggetti perduti o danneggiati avevano per l'Assicurato né il danno conseguente al mancato uso o godimento dei medesimi.

OBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve dare avviso scritto alla Benacquista Assicurazioni, anche per il tramite del broker, o alla Società entro 30 giorni dal rientro, fornendo i dati anagrafici, il recapito e il numero di polizza, indicando, inoltre:

- 1. in caso di furto, scippo, rapina, incendio:**
 - a) denuncia, in originale, presentata alla competente autorità del luogo ove si è verificato l'evento, con l'elenco dettagliato di quanto sottratto o incendiato e documentazione attestante il loro valore;
 - b) per il caso di furto, anche la copia del reclamo inviato all'albergatore od al vettore a cui è stato affidato il bagaglio;
- 2. in caso di ritardata o mancata riconsegna da parte del vettore aereo o manomissione del contenuto:**
 - a) rapporto di irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report), in copia;
 - b) biglietto aereo e ticket del bagaglio, in copia;
 - c) risposta del Vettore Aereo attestante la data e l'ora della tardata riconsegna, la manomissione o il definitivo mancato ritrovamento, nonché l'importo liquidato di sua competenza;
 - d) elenco dettagliato di quanto non riconsegnato od asportato e documentazione attestante il loro valore.

GARANZIA ASSISTENZA SANITARIA DURANTE LE ATTIVITÀ SCOLASTICHE

ASSISTENZA DURANTE LE ATTIVITÀ SCOLASTICHE (in sede o presso le sedi ove vengono svolte le attività)

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato durante la permanenza nell'istituto scolastico o nelle sedi ove vengono svolte le attività, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

- a) **Consulenza medica-telefonica 24h su 24** - Il servizio medico della Centrale Operativa composto da un Direttore Sanitario e da un'équipe di medici qualificati e specializzati, disponibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, fornirà informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico/sanitario:

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza | reperimento di medici specialisti d'urgenza | organizzazione di consulti medici | segnalazione di laboratori e centri diagnostici | esistenza e reperibilità di farmaci in Italia e all'estero |
|---|--|--|--|---|

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.

- b) invio medico** - quando l'Assicurato, in caso di malattia improvvisa o infortunio, necessita di una visita medica urgente presso l'Istituto scolastico Contraente o presso le sedi ove vengono svolte le attività, La Società provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, ad inviare un Medico convenzionato all'indirizzo dell'Istituto scolastico. In caso di irreperibilità immediata del Medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Società organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tale prestazione viene erogata quando non sia reperibile il Medico curante dell'Assicurato.
- c) trasporto in ospedale** - qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia occorsi od accertati nell'Istituto Scolastico o presso le sedi ove vengono svolte le attività, debba raggiungere l'ospedale più vicino all'Istituto Scolastico e qualora gli stessi medici di guardia della Centrale Operativa della Società lo valutino necessario, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto dell'Assicurato dall'Istituto Scolastico all'ospedale e viceversa, con taxi e/o mezzi pubblici o altro mezzo ritenuto idoneo ad insindacabile giudizio della centrale operativa. La Società tiene a proprio carico i costi senza alcuna limitazione. La Centrale Operativa potrà inoltre, su richiesta dell'Assicurato/Contraente autorizzare il rimborso delle spese di trasporto sostenute direttamente dall'Assicurato nei casi in cui questi non voglia fruire delle prestazioni della Centrale Operativa. In questo ultimo caso l'Assicurato dovrà inviare la ricevuta in originale corredata dalla documentazione medica alla Società che terrà a proprio carico il costo fino ad un massimo di Euro 200,00 per assicurato e anno assicurativo e di Euro 25,00 per evento.
- d) Comunicazioni urgenti ad un familiare** - A seguito del trasferimento dell'Assicurato presso il pronto soccorso, la Centrale Operativa mette a disposizione il proprio centralino per trasmettere eventuali messaggi urgenti a persone/familiari che l'Assicurato non sia riuscito a contattare.
- e) Assistenza Psicologica a Scuola** – la Società, in caso di eventi particolari, tramite la Centrale Operativa, nominerà uno specialista tenendo i relativi costi a proprio carico fino alla concorrenza del massimale previsto dalla combinazione scelta. Per casi particolari si intendono esclusivamente: decesso che colpisca uno o più assicurati durante le attività garantite in polizza a cui assistano altri assicurati; esplosione o atto terroristico di cui la persona assicurata è stata vittima o testimone durante le attività garantite in polizza e che comporti uno stress da disordine post traumatico. Lo specialista supporterà gli assicurati tramite un processo di riabilitazione atto a recuperare l'equilibrio psicologico degli stessi ed avverrà nei locali della scuola nei modi e nei tempi direttamente concordati tra la scuola e lo specialista.

INFORMAZIONI

Il servizio viene prestato durante le ore di ufficio dalle ore 08.30 alle ore 18.00 di tutti i giorni feriali.

a) Consulenza sanitaria Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici:

| diritti del cittadino in Italia | doveri del cittadino in Italia | pratiche sanitarie in Italia (rimborsi, ticket ed esenzioni) | strutture sanitarie (in Italia, convenzionate o meno ASL) |
|---------------------------------|--------------------------------|--|---|
|---------------------------------|--------------------------------|--|---|

la Guardia Medica della Società è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria di Alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Società mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

c) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri convenzionati con la Società più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

d) Informazioni turistiche

Quando L'Assicurato necessita di informazioni telefoniche sui seguenti argomenti:

- informazioni su burocrazia turistica (documenti, vaccinazioni obbligatorie e consigliate, rappresentanze italiane all'estero e simili)
 - informazioni e consigli su situazione sanitaria del paese di destinazione
 - informazioni ed eventuale prenotazione di alberghi e ristoranti nel mondo
 - informazioni ed orari di trasporto in Italia (aerei, treni, traghetti, pullman)
 - informazioni ed eventuale prenotazione di pensioni per cani e gatti in Italia
- può telefonare alla Società che, tramite la Centrale Operativa, provvederà a fornire dal lunedì al venerdì le informazioni che gli necessitano.

e) Informazioni Testo Unico della sicurezza (D.Lgs. 81 del 9.4.08)

Quando l'Assicurato desidera informazioni sui contenuti della normativa italiana di cui al D.Lgs. 81/08 "Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" relativi a:

- disposizioni generali
- prevenzione e protezione

può telefonare alla Società che, tramite la Centrale Operativa, provvederà a fornire dal lunedì al venerdì le informazioni che gli necessitano.

La Società tramite Centrale Operativa, si riserva di approfondire l'argomento richiesto e fornire la risposta nel più breve tempo possibile.

Intermediario:



BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.

04100 Latina – Via del Lido, 106 – Tel. 0773.62 981 - Telefax 0773.01 98 57 – 348 30 51 153 (fuori orario d'ufficio)

N. Iscrizione R.U.I. A000163952 Reg.to ISVAP n. 5 del 16.10.2006 - P.I. 00565010592

www.sicurezzaascuola.it – info@sicurezzaascuola.it – benacquistascuola@pec.it – Numero Verde 800.013.155