

MODULO REGOLAZIONE PREMIO

Inviare al fax n. 0773.01.98.57, oppure all'indirizzo: info@sicurezzascuola.it

ISTITUTO SCOLASTICO

Intestazione:	ISTITUTO PRINCIPALE F. DE SANCTIS		
Indirizzo:	VIA TEN. UGO STANZIONE 84133 SALERNO (SA)		
Telefono:	089 752094	Fax:	089 750698
Cod. Ministeriale:	SAPC040008	Cod. Fiscale:	80021870656
		Cod. Univoco:	UFN8NO
E-mail:	sapc040008@istruzione.it		Operatore Scuola Assegnatario: MR
N. Pol. Infortuni/R.C./Assistenza/Tutela Legale AIG Europe Limited:	730010 / 26934		
Data effetto:	09/02/2017	Data scadenza:	09/02/2020
		Periodo di assicurazione:	09/02/2017 - 09/02/2018

PERSONALE DIRIGENTE E DIRETTIVO

Dirigente Scolastico	DOTT.SSA ANGELA ELIA	Data di nascita	06/05/1952
Email Dirigente Scolastico	ANGELAELIA952@GMAIL.COM		
Direttore S.G.A.	DOTT.SSA IVANA SERRA	Data di nascita	03/06/1971
Email Direttore S.G.A.	IVANA.SERRA@VIRGILIO.IT		

POPOLAZIONE SCOLASTICA

Numero complessivo degli studenti iscritti all'istituto 100%	750	Numero complessivo di tutti gli operatori scolastici in servizio (Dirigente, DSGA, Personale docente e non docente) 100%	69
Di cui n. alunni H	0	Di cui n. docenti di sostegno	0

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

<input checked="" 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 paganti	713	moltiplicato	€ 9,00	Premio totale di polizza	€ 6.516,00
Numero operatori scolastici paganti	11				

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

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: **10/04/2017**
 Termine ultimo per il **PAGAMENTO** del premio di polizza: **10/05/2017**
 Il presente modulo deve essere inviati al fax n. 0773.01.98.57, oppure all'indirizzo: info@sicurezzascuola.it
 Bonifico bancario a favore di: **BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.n.c.**
 Presso: **UBI BANCA S.P.A. FILIALE DI LATINA**
IBAN: IT 97 H 03111 14701 0000 0000 5919 - BIC: BLOPIT22
 Indicare nella causale del versamento il codice CIG: **Z861CF088D**
Non saranno accettati versamenti di importo inferiore a quello sopra riportato.

Vi invitiamo pertanto ad informare il Vostro Istituto bancario affinché non addebiti alla scrivente Società le commissioni del mandato di pagamento. Per qualsiasi informazione relativa alla compilazione del presente modulo, telefonare al numero 0773.62981



Luogo e data



Timbro dell'Istituto Scolastico e Firma del Dirigente