

PREV. / POLIZZA / OPERATORE

31370 / 33700 / PP

COD. UNIVOCO FATT.:

UFQ04A

C.I.G.

ZDF2E63C33

**DATI ANAGRAFICI**

Istituto Scolastico: LICEO SCIENTIFICO BOGGIO LERA

Cod. Fisc: 80011090877 - Cod. Min: CTPS020004

Indirizzo: VIA V. EMANUELE II 346-348 - CAP: 95124 - Località: Catania - Prov. CT

Tel: 0956136325 - Fax: 0956136325 - Email: ctps020004@istruzione.it

PEC: ctps020004@pec.istruzione.it - Email gestione sinistri: ctps020004@istruzione.it

DS: BIUSO - Email DS: dirigente@liceoboggiolera.edu.it - DSGA: INTERDONATO - Email DSGA:

dsga@liceoboggiolera.edu.it

Sito web: www.liceoboggiolera.gov.it/drupal

**DATI DELLA POLIZZA**

**SOTTOSCRIVE L'ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO SICUREZZASCUOLA**

- Data decorrenza copertura ore 24 del: **20/09/2020**
- Data scadenza copertura ore 24 del: **20/09/2021**
- Durata contrattuale prescelta: **Anni 1**
- Opzione di pagamento prescelta: **1**
- Tolleranza Prestata: **5 %**
- Premio Pro-capite: **€ 7**
- Premio malattia: **€ 0**
- N° complessivo Studenti iscritti: **1600**
- N° complessivo Operatori iscritti: **0**
- Fattura elettronica: **SI**
- Rapporti diretti con la famiglia per la gestione dei sinistri: **SI**
- L'istituto è capofila per i revisori dei conti? **SI**
- In caso di viaggi e gite d'istruzione, stage, etc. quale è la destinazione prevalente?
- Gli assicurati svolgono, durante le attività didattiche, sport pericolosi?

**non specificato**

L'Istituto Scolastico si impegna a trasmettere il modulo di regolazione premio entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza e a pagare il premio di polizza entro 90 giorni dalla decorrenza stessa mediante bonifico bancario a favore dell'Intermediario Benacquista Assicurazioni S.n.c. - codice IBAN: IT97 H 03111 14701 0000 0000 5919 (conto corrente bancario conforme all'art. 117 D.Lgs. 209/2005) - SWIFT/BIC BLOPIT22. Indicare come causale di pagamento il codice CIG



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

**CONSENSO PRIVACY**

**CONSENSO ESPPLICITO**

al trattamento dati ai sensi dell'art. 13 e 14 Regolamento Europeo 679/20166 - GDPR

Dà il consenso

Nega il consenso

Presta il suo consenso per il trattamento dei dati per comunicazioni commerciali interessanti per le sue esigenze, con finalità di marketing orientato alla cura del cliente, per informarla su vantaggi, sconti, utili integrazioni possibili alle sue coperture assicurative, nuovi prodotti lanciati dalle compagnie rappresentate. Tali iniziative saranno comunicate con lettere ordinarie, chiamate telefoniche, email, messaggi SMS, MMS, notifiche e newsletter.



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

PREV. / POLIZZA / OPERATORE

31370 / 33700 / PP

COD. UNIVOCO FATT.:

UFQO4A

C.I.G.

ZDF2E63C33

**DATI ANAGRAFICI**

Istituto Scolastico: LICEO SCIENTIFICO BOGGIO LERA

Cod. Fisc: 80011090877 - Cod. Min: CTPS020004

Indirizzo: VIA V. EMANUELE II 346-348 - CAP: 95124 - Località: Catania - Prov. CT

Tel: 0956136325 - Fax: 0956136325 - Email: ctps020004@istruzione.it

PEC: ctps020004@pec.istruzione.it - Email gestione sinistri: ctps020004@istruzione.it

DS: BIUSO - Email DS: dirigente@liceoboggiolera.edu.it - DSGA: INTERDONATO - Email DSGA:

dsga@liceoboggiolera.edu.it

Sito web: www.liceoboggiolera.gov.it/drupal

**RICEVUTE DEL CONTRAENTE, DA RESTITUIRE COMPILATE E SOTTOSCRITTE RELATIVE A:**

**PRESA VISIONE/CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE**

In ottemperanza all'art.56 del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018 il sottoscritto contraente **DICHIARA** di aver ricevuto e/o preso visione:

- la dichiarazione conforme all' **allegato 3** di cui al regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 che riepiloga i principali obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti;
- la Copia di una dichiarazione conforme all' **allegato 4** di cui al regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 40 da cui risultano i dati essenziali degli intermediari e della loro attività;
- la **documentazione precontrattuale e contrattuale** prevista dalle vigenti disposizioni.



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

**RILASCIO DEL PROPRIO INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA**

**Istituto Scolastico Contraente/assicurato**

**Indirizzo posta elettronica: ctps020004@istruzione.it**

In ottemperanza all'art. 7,8,13 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 8 del 03/03/2015 il sottoscritto contraente **DICHIARA** di aver rilasciato il proprio indirizzo di posta elettronica per le finalità indicate

- prima della conclusione del contratto o della sottoscrizione della proposta, l'impresa o l'intermediario possono acquisire dal cliente, anche mediante posta elettronica o registrazione vocale, il consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nella fase precontrattuale e in corso di rapporto;
- l'impresa e l'intermediario tengono traccia del consenso e della sua eventuale revoca, nonché dell'indirizzo di posta elettronica del cliente e delle relative variazioni;
- la polizza può essere formata come documento informatico sottoscritto con firma elettronica avanzata, con firma elettronica qualificata o con firma digitale, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia;
- il contraente deve comunicare all'impresa o all'intermediario ogni variazione dell'indirizzo di posta elettronica indicato;
- il consenso può essere reso dal cliente con riferimento ad un singolo contratto o anche a tutti gli eventuali successivi contratti, stipulati con il medesimo intermediario o con la medesima impresa;
- il consenso può essere reso dal contraente anche in corso di contratto, relativamente alle future comunicazioni;
- il consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico non costituisce consenso all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali;
- il contraente può revocare il consenso espresso anche mediante posta elettronica o registrazione vocale;
- nel caso in cui l'accettazione da parte del cliente delle modalità di comunicazione abbia comportato l'applicazione di uno sconto, indicato in polizza, la revoca del consenso può determinare, per le successive scadenze, la perdita del beneficio inizialmente riconosciuto.



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

PREV. / POLIZZA / OPERATORE

31370 / 33700 / PP

COD. UNIVOCO FATT.:

UFQO4A

C.I.G.

ZDF2E63C33

**DATI ANAGRAFICI**

Istituto Scolastico: LICEO SCIENTIFICO BOGGIO LERA

Cod. Fisc: 80011090877 - Cod. Min: CTPS020004

Indirizzo: VIA V. EMANUELE II 346-348 - CAP: 95124 - Località: Catania - Prov. CT

Tel: 0956136325 - Fax: 0956136325 - Email: ctps020004@istruzione.it

PEC: ctps020004@pec.istruzione.it - Email gestione sinistri: ctps020004@istruzione.it

DS: BIUSO - Email DS: dirigente@liceoboggiolera.edu.it - DSGA: INTERDONATO - Email DSGA:

dsga@liceoboggiolera.edu.it

Sito web: www.liceoboggiolera.gov.it/drupal

**QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA**

**SEZIONE B: ESIGENZE E INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CLIENTE**

1. Le esigenze assicurative si collocano in ambito:	Ente Pubblico
2. Quali obiettivi intendete perseguire tramite l'acquisto del contratto	Ottemperanza ad obblighi di legge
3. Tipologia dei soggetti da tutelare:	Studenti
	Operatori Scolastici
	Genitori degli allievi che partecipano alle attività scolastiche
a) E' interessato ad una copertura assicurativa per il risarcimento di danni causati ad altri soggetti, con detrazione di scoperti	No
In particolare:	Non risponde
b) E' interessato ad una copertura assicurativa che tuteli da richieste di risarcimento nel caso in cui i suoi collaboratori subiscano un infortunio durante lo svolgimento delle attività, con detrazione di scoperti e/o franchigie, se previste?	Si
E' interessato ad una copertura assicurativa che garantisca l'erogazione di un capitale in caso di morte/invalidità permanente, diaria da ricovero/gessatura, rimborso delle spese mediche, con detrazione di scoperti e/o franchigie, se previste?	Si
E' interessato ad una copertura assicurativa per altre garanzie:	Assistenza
	Tutela Legale

**SEZIONE C: INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL CONTRATTO ASSICURATIVO**

Il Cliente conferma che sono state illustrate le caratteristiche essenziali di polizza:	Si
Il Cliente conferma che sono state illustrate le tariffe ed i costi della polizza:	Si
Il Cliente conferma che sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate e in particolare:	Si
Rivalse/Franchigie/Scoperti/Esclusioni:	Si
Massimali/Capitali/Somme assicurate:	Si
Riduzione degli importi assicurati per particolari casi (sottolimiti):	Si
Periodi massimi di erogazione delle prestazioni:	Si
Delimitazioni dell'oggetto della garanzia:	Si

**SEZIONE D: DICHIARAZIONI DEL CLIENTE**

**2D - Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**

Il Cliente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative. L'Intermediario prende atto che il Contraente non vuole fornire una o più informazioni richieste.



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)