

MODULO REGOLAZIONE PREMIO

Inviare esclusivamente al n. 0773.01.98.57

ISTITUTO SCOLASTICO					
Intestazione:	ISTITUTO COMPRENSIVO CARDARELLI MASSAUA - MILANO				
Indirizzo:	VIA STROZZI 11 20146 MILANO (MILANO)				
Telefono:	02.884.41534	Fax:	02.88441537		
Cod. Ministeriale:	MIIC815005	Cod. Fiscale:	80124050156		
E-mail:	miic815005@istruzione.it				
N. Pol. infortuni/R.C./assistenza AIG Europe Limited:					16578
Data effetto:	15/09/2013	Data scadenza:	15/09/2016	Periodo di assicurazione:	15/09/2013 - 15/09/2014
PERSONALE DIRIGENTE E DIRETTIVO					
Dirigente Scolastico	CATALDO DOMINA			Data di nascita	05/01/1962
Email Dirigente Scolastico	PRESIDE@CARDARELLI.MASSAUA.IT				
Direttore S.G.A.	IVANA ROSSI			Data di nascita	25/05/1956
Email Direttore S.G.A.	DSGA@CARDARELLI.MASSAUA.IT				
POPOLAZIONE SCOLASTICA					
Numero complessivo degli studenti iscritti all'istituto 100%	880	Numero complessivo degli operatori scolastici (Dirigente, DSGA, Personale docente e non docente) 100%	95		
Numero alunni H	32	Numero operatori di sostegno	14		
DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI POLIZZA - ART. 10 OPZIONI DI COPERTURA - CALCOLO DEL PREMIO DELLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE					
<input checked="" 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	883	moltiplicato	€ 6,00	Premio totale di polizza	€ 5.298,00

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: **14/11/2013**

Termine ultimo per il **PAGAMENTO** del premio di polizza: **14/12/2013**

Il presente modulo e il mandato di pagamento devono essere inviati **esclusivamente** via fax al n. **0773.019857**

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 - BIC: BCABIT21

Indicare nella causale del versamento **esclusivamente** il codice CIG: **5225514690**

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** 

Luogo e data

**FIRMARE
QUI** 

Timbro dell'Istituto Scolastico e Firma del Dirigente