

Spett.le  
Istituto Scolastico

**Oggetto: 1) Procedura da adottare per una veloce liquidazione in caso di sinistro – Modello A – B – C**  
**2) Scheda riassuntiva dei capitali assicurati da consegnare ai genitori – Modello D**

**A) Infortuni**

La denuncia di infortunio deve essere inviata via fax ad *Assibroker Consulting srl* nei giorni immediatamente successivi all'evento, mediante la compilazione di apposito modulo (che alleghiamo nel quale si evidenziano i dati indispensabili per una corretta e veloce gestione), accompagnato da certificazione medica e autorizzazione del genitore al trattamento dei dati del proprio figlio.

La Compagnia dopo l'apertura della posizione invia al genitore o all'infortunato se maggiorenne, la comunicazione di presa in carico del sinistro precisando:

numero sinistro, Ispettorato di competenza, indirizzo, nominativo del liquidatore incaricato, telefono e fax.

Successivamente l'infortunato dovrà trasmettere direttamente all'Ispettorato UnipolSai di competenza tramite posta o fax ogni comunicazione e/o spesa successiva, riportando sulla stessa il numero del sinistro.

Ad avvenuta guarigione l'infortunato dovrà inviare sempre all'Ispettorato UnipolSai:

- Spese sostenute in originale
- Certificazione di rimozione mezzo immobilizzante (se la struttura ospedaliera lo aveva applicato)
- Dichiarazione di avvenuta guarigione

*Es: "Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_ dichiara che a seguito dell'infortunio del \_\_\_\_\_ risulta guarito in data \_\_\_\_\_.  
Le spese sanitarie ammontano ad € \_\_\_\_\_."*

Trascorsi due anni dalla data dell'infortunio, il sinistro in assenza di interruzione dei termini andrà in prescrizione.

**Interruzione dei termini - Fac-simile di lettera R.R. da inviare alla Compagnia**

*"Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno \_\_\_\_\_ dichiara che ad oggi il/la proprio/a figlio/a non risulta ancora clinicamente guarito/a dall'infortunio del \_\_\_\_\_, pertanto con la presente si intendono interrotti i termini di prescrizione".*

**B) Rimborso Gite Scolastiche**

Nel caso in cui si debba annullare la partecipazione alla gita scolastica per infortunio o malattia, l'interessato dovrà darne comunicazione all'Istituto presentando la certificazione medica.

Per avere diritto al rimborso delle spese anticipate (massimo di € 500,00) è necessario presentare anche la fattura di spesa in originale (bollettino di versamento).

**C) Ret/Rco**

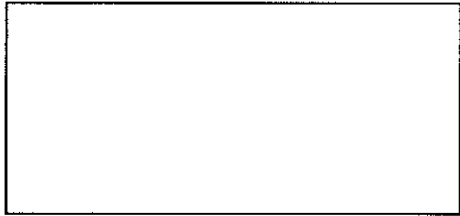
Per i danni causati a *terzi*, l'Istituto dopo aver ricevuto la richiesta di risarcimento, dovrà trasmetterci la denuncia riportando la dinamica del sinistro in modo dettagliato e quando è possibile anche testimonianze e/o nominativo dei testimoni (nome, cognome, domicilio e telefono).

Il nostro ufficio sinistri è sempre a Vostra completa disposizione per ogni eventuale chiarimento.

Cordiali saluti  
Rosa Graiani

Responsabile Ufficio Sinistri Sig.ra Pioli Nadia

ISTITUTO



Spett. le  
ASSIBROKER CONSULTING s.r.l.  
Piazza Garibaldi, n.6  
43013 – Langhirano (PR)

c.a. Ufficio Sinistri

Fax n° 0521/1852715 Pag. n° \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** Denuncia infortunio  Alunno  Docente  Non Docente

\* cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
si è infortunato il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ durante:  
la \_\_\_\_\_ ora di lezione l'intervallo \_\_\_\_\_ l'intermessa \_\_\_\_\_ viaggio in itinere \_\_\_\_\_  
nel seguente luogo \_\_\_\_\_  
ed ha abbandonato la scuola in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* **Dati anagrafici del Genitore o dell'esercente la patria potestà**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**L'infortunio è avvenuto nel seguente modo:** \_\_\_\_\_

**Natura e sede anatomica della lesione** \_\_\_\_\_

**Forma o modalità dell'infortunio** (barrare la casella interessata):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> a contatto con _____          | <input type="checkbox"/> ha calpestato _____  | <input type="checkbox"/> si è colpito con _____        |
| <input type="checkbox"/> ha ingerito _____             | <input type="checkbox"/> si è punto con _____ | <input type="checkbox"/> sollevando, spostando _____   |
| <input type="checkbox"/> ha urtato contro _____        | <input type="checkbox"/> piede in fallo       | <input type="checkbox"/> movimento in coordinato _____ |
| <input type="checkbox"/> impigliato agganciato a _____ | <input type="checkbox"/> ha fatto uno sforzo  | <input type="checkbox"/> afferrato da _____            |
| <input type="checkbox"/> colpito da _____              | <input type="checkbox"/> investito da _____   |  |
| <input type="checkbox"/> punto da _____                | <input type="checkbox"/> schiacciato da _____ |  |
| <input type="checkbox"/> urtato da _____               | <input type="checkbox"/> travolto da _____    |  |
| <input type="checkbox"/> rimasto stretto tra _____     | <input type="checkbox"/> a inalato _____      |  |
| <input type="checkbox"/> esposto a _____               | <input type="checkbox"/> caduto da _____      |  |
| <input type="checkbox"/> caduto in piano               | <input type="checkbox"/> morso da _____       |  |

**Sono stati testimoni all'infortunio** (cognome, nome, domicilio, telefono)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Il Responsabile

Il Dirigente

\* **Dati obbligatori e indispensabili per all'apertura del sinistro.**

Da ritornare compilato e firmato in caso di sinistro

Spett.le  
Istituto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto: Sinistro Infortuni del** \_\_\_\_\_

I genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

PADRE Sig. \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

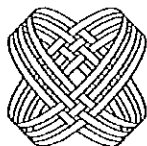
MADRE Sig.ra \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Si autorizza l'Istituto, il Broker e la Compagnia all'informativa inerente la liquidazione al sinistro in oggetto.

Ringraziamo

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**ASSIBROKER**  
CONSULTING  
GESTIONI ASSICURATIVE

MODELLO D

**SOMME ASSICURATE**

RISCHIO	SOMME ASSICURATE
Morte	€ 300.000,00
Invalità permanente Tabella di valutazione Inail (D.P.R. del 30 Giugno 1965) Senza applicazione di franchigie	€ 200.000,00
Invalità permanente grave Tabella di valutazione Inail (D.P.R. del 30 Giugno 1965) Senza applicazione di franchigie	€ 300.000,00
Danni estetici	€ 25.000,00
Rimborso spese mediche - sanitarie (senza franchigie e scoperti)	€ 50.000,00
Rimborso spese mediche - sanitarie per ricoveri superiori a 50 giorni consecutivi (a seguito di infortunio)	€ 100.000,00
Diaria ricovero ospedaliero ***	€ 50,00
Diaria ricovero in Day Hospital ***	€ 50,00
Diaria gravi ricoveri ***	€ 100,00
Diaria gesso *** Senza l'applicazione di esclusione agli arti superiori	€ 50,00
Spese odontotecniche	€ 2.500,00
Spese odontoiatriche	€ 2.500,00
Acquisto lenti	€ 500,00
Acquisto montatura	€ 200,00
Danni vestiario	€ 500,00
Effetti personali a scuola	€ 300,00
Diversamente abiti	€ 3.000,00
Spese funerarie	€ 5.000,00
Spese per rimpatrio salma	€ 10.000,00
Spese di primo trasporto	€ 500,00
Spese trasporto casa-scuola	€ 2.000,00
Rientro sanitario (valido in Italia e all'estero)	€ 50.000,00
Rimborso spese per stages all'estero: - per malattia - per rientro anticipato causa malattia/infortunio - per rientro anticipato causa decesso di un familiare - viaggio di un familiare per assistenza	€ 50.000,00
Perdita anno scolastico	€ 15.000,00
Spese per lezioni di recupero	€ 1.000,00
Annullamento viaggi, gite, corsi.	€ 500,00
Borse di studio (per morte dei genitori)	€ 25.000,00
Smarrimento bagagli in viaggio	€ 2.000,00
Diaria ricovero da malattia ***	€ 25,00
Rimborso spese mediche a seguito di malattia	€ 20.000,00
Invalità permanente da malattia	€ 100.000,00
Invalità riconosciuta oltre il 74%-liquidazione 100%	

Note: \*\*\* Al giorno

Prot. n° \_\_\_\_\_

Spett. le  
ASSIBROKER CONSULTING srl  
Piazza Garibaldi, n.6  
43013 Langhirano  
Fax 0521/1852715

**Oggetto: Copertura Assicurativa Polizze Elettronica – Furto – Incendio**

**Anno Scolastico 2014/2015**

Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

Conferma polizze in corso

SI

Per variazione delle stesse e/o preventivo ~~Incendio~~ compilare la scheda

**POLIZZA ELETTRONICA**

PARTITE DA ASSICURARE	CAPITALI ASSICURATI	VARIAZIONI
Apparecchiature elettroniche		
Supporto di dati – ricostruzione archivi		
Maggiori Costi		
Tablet		

**POLIZZA FURTO**

PARTITE DA ASSICURARE	CAPITALI ASSICURATI	VARIAZIONI
Contenuto		
Denaro e valori – in mezzi di custodia		
Denaro e valori – Fuori dai mezzi di custodia		
Portavalori		
Guasti cagionati da ladri		
Oggetti d'arte..		

**POLIZZA INCENDIO**

PARTITE DA ASSICURARE	CAPITALI DA ASSICURARE
Fabbricato	
Rischio locativo	
Contenuto	
Ricorso Terzi	
Spese di demolizione e sgombero	
Oggetti d'arte	

**Il Dirigente Scolastico**

..... li, .....

Prot. n° \_\_\_\_\_

Spett. le  
ASSIBROKER CONSULTING srl  
Piazza Garibaldi, n.6  
43013 Langhirano  
Fax 0521/1852715

**Oggetto: Copertura Assicurativa Polizze Elettronica – Furto – Incendio**

**Anno Scolastico 2014/2015**

Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

Conferma polizze in corso

Per variazione delle stesse e/o preventivo compilare le schede

**POLIZZA ELETTRONICA**

PARTITE DA ASSICURARE	CAPITALI ASSICURATI	VARIAZIONI
Apparecchiature elettroniche		
Supporto di dati – ricostruzione archivi		
Maggiori Costi		
Tablet		

**POLIZZA FURTO**

PARTITE DA ASSICURARE	CAPITALI ASSICURATI	VARIAZIONI
Contenuto.		
Denaro e valori – in mezzi di custodia		
Denaro e valori – Fuori dai mezzi di custodia		
Portavalori		
Guasti cagionati da ladri		
Oggetti d'arte		

**POLIZZA INCENDIO**

PARTITE DA ASSICURARE	CAPITALI DA ASSICURARE
Fabbricato	
Rischio locativo	
Contenuto	
Ricorso Terzi	
Spese di demolizione e sgombero	
Oggetti d'arte	

**Il Dirigente Scolastico**

..... li, .....