



Unione Europea

**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'innovazione Digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE)

Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MONTE AMIATA"
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I GRADO
Direzione - Segreteria Via Lambro, 92 20089 Rozzano MI
tel. 02 8257921 fax 02 8241526 CF 97722520158 CM MIIC8GG00C
e-mail: miic8gg00c@istruzione.it posta certificata: miic8gg00c@pec.istruzione.it

Circ. 21

Rozzano, 04/02/2021

Al personale docente

Al personale ATA

Agli atti

Oggetto: ASSICURAZIONE A.S. 2020-21.

Si comunica che coloro che intendono aderire alla proposta assicurativa per l'A.S. 2020/21 devono versare la quota di €. 5,00, entro il 09/02/2021, sul conto corrente postale dell'I.C. ed inviare in segreteria - tramite mail – l'attestazione di pagamento.

Il versamento potrà essere effettuato anche in maniera cumulativa.

In tal caso occorrerà inviare sempre tramite mail in segreteria, oltre alla ricevuta di versamento anche l'elenco del personale che ha aderito alla proposta.

Si riportano di seguito gli estremi del conto da utilizzare per i versamenti

Conto Corrente Postale (C.C.P.): 001031465873

IBAN POSTALE completo per versamenti online: IT 85R0760101600001031465873

Intestato a: Istituto Comprensivo Monte Amiata – Via Lambro 92 – 20089 Rozzano (MI)

Distinti saluti

F.to IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Monica Barbara MANSI

INFORTUNI - VALIDITA' TERRITORIALE MONDO	Valori Espesi in euro
Limiti catastrofali	22.500.000,00
Morte da infortunio e morte presunta	230.000,00
Invalidità permanente	260.000,00
Poliomielite - meningite cerebro spinale	20.000,00
Coma	260.000,00
Rimborso spese mediche	350.000,00
Rimborso spese aggiuntive	Comprese
- danni al vestiario , apparecchi e/o protesi ortopediche e/o terapeutiche	2.500,00
- danni a carrozzelle/tutori per portatori di handicap	3.000,00
- danni a biciclette	350,00
- apparecchi e/o protesi ortodontiche	2.500,00
Diaria da ricovero	140,00
Diaria da immobilizzazione	25,00/750,00
Indennità da assenza	150,00
Danno estetico	12.000,00
Danno estetico	1.500,00
Perdita anno scolastico	16.000,00
Contagio accidentale da virus h.i.v. - epatite virale	50.000,00
RESPONSABILITA' CIVILE - MASSIMALI PER SINISTRO ILLIMITATI PER ANNO - VALIDITA' TERRITORIALE MONDO	Valori Espesi in euro
Responsabilità civile verso terzi r.c.t./rco/rc personale dei dipendenti	25.000.000,00
Danni da interruzioni o sospensioni attività	5.000.000,00
Danni da incendio	8.750.000,00
ASSICURAZIONE ASSISTENZA	Valori Espesi in euro
Assistenza a scuola - validità territoriale italia	Compresa
Assistenza in viaggio - validità territoriale mondo	Compresa
Spese funerarie a seguito di infortunio - validità territoriale mondo	10.000,00
Rimborso spese mediche da malattia in viaggio - validità territoriale mondo	350.000,00
Assicurazione bagaglio - validità territoriale mondo	3.000,00
Assicurazione annullamento gite (infortunio/malattia)	1.200,00
TUTELA LEGALE VALIDITA' TERRITORIALE MONDO	Valori Espesi in euro
Assicurazione danni ad occhiali	400,00
Spese legali e peritali	80.000,00
Massimale per ricorsi avverso sanzioni per violazioni amministrative	2.500,00

Si precisa che l'indennizzo per danneggiamento di indumenti, oggetti personali, occhiali, protesi, deve essere previsto anche nei casi di responsabilità civile senza infortunio.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI LOGRATO

Via G.G. Morando n. 13 – 25030 Lograto - Tel. 030 9973712

e-mail: bsic85900r@istruzione.it – bsic85900r@pec.istruzione.it

- sito internet: www.iclograto.edu.it -

Cod.fisc. 98129510172 Cod. Mecc. BSIC85900R Cod. Univoco UFDLIU

COD.MECC.BSIC85900R

OGGETTO: DICHIARAZIONE VERSAMENTO QUOTA ASSICURATIVA

Il/La Sottoscritto/a _____

VERSA

la somma totale di € _____ (quota individuale €. 5,50)

per il seguente motivo:

assicurazione integrativa 2020/21

con bonifico bancario UNIONE BANCHE ITALIANE Filiale di Lograto

Coordinate: **IT 03 L 03111 54650 000000017767**

Lograto, _____

FIRMA

In caso di versamento cumulativo compilare l'elenco sottostante:

n. progressivo	COGNOME E NOME DI CHI ADERISCE
1	
2	
3	
4	
5	