

PREV. / POLIZZA / OPERATORE

16882 / 24805 / EQ

COD. UNIVOCO FATT.:

UFSRLT

C.I.G.

Z7A1A7EEA7

DATI ANAGRAFICI

- Istituto Scolastico: **ISTITUTO PRINCIPALE DANTE ALIGHIERI**
- Cod. Fisc: **80210770584** - Cod. Min: **Rmpc07000I**
- Indirizzo: **VIA ENNIO QUIRINO VISCONTI 13 - CAP: 00193 - Località: Roma - Prov. Rm**
- Tel: **06121124725** - Fax: **063216207** - Email: **rmpc07000I@istruzione.it**
- PEC: **rmpc07000I@pec.istruzione.it** - Email gestione sinistri: **rmpc07000I@istruzione.it**
- DS: **MARIA URSO** - Email DS: **liceo_dante@virgilio.it** - D.S.G.A.: **MONICA GABRIELE** - Email D.S.G.A.: **monica.gabriele2@gmail.com**

DATI DELLA POLIZZA

SOTTOSCRIVE L'ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO SICUREZZASCUOLA

- Data decorrenza copertura ore 24 del: **08/09/2016**
- Data scadenza copertura ore 24 del: **08/09/2019**
- Durata contrattuale prescelta: **3 Anni**
- Opzione di pagamento prescelta: **3**
- Premio Pro-capite: **€ 9**
- N° complessivo Studenti iscritti: **785**
- N° complessivo Operatori iscritti: **78**

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: IT81T035001470000000005919 (conto corrente bancario conforme all'art. 117 D.Lgs. 209/2005) - BIC: BCABIT21. Indicare come causale di pagamento il codice CIG



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

CONSENSO PRIVACY

Consenso al trattamento dei dati personali

(art. 23 D. Lgs 196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite attraverso l'informativa allegata dal titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs, 196/2003,

Dà il consenso

Nega il consenso

al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'invio alla clientela di informazioni o materiale pubblicitario via e-mail, fax, posta riguardante prodotti o servizi dell'intermediario o di compagnie assicurative come indicato al punto c.1) del par. III dell'informativa.

Dà il consenso

Nega il consenso

al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'invio di informazioni o materiale pubblicitario via e-mail, fax, posta relativi a prodotti o servizi di terzi, con i quali l'intermediario abbia stipulato accordi commerciali da proporre alla propria clientela come indicato al punto c.2) del par. III dell'informativa.

Dà il consenso

Nega il consenso

al trattamento dei dati personali per le finalità connesse a verificare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi dell'intermediario anche attraverso società di ricerche di mercato come indicato al punto c.3) del par.III dell'informativa.



(Luogo e data)



(Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

PREV. / POLIZZA / OPERATORE

16882 / 24805 / EQ

COD. UNIVOCO FATT.:

UFSRLT

C.I.G.

Z7A1A7EEA7

DATI ANAGRAFICI

- Istituto Scolastico: **ISTITUTO PRINCIPALE DANTE ALIGHIERI**
- Cod. Fisc: **80210770584** - Cod. Min: **Rmpc07000I**
- Indirizzo: **VIA ENNIO QUIRINO VISCONTI 13 - CAP: 00193 - Località: Roma - Prov. Rm**
- Tel: **06121124725** - Fax: **063216207** - Email: **rmpc07000I@istruzione.it**
- PEC: **rmpc07000I@pec.istruzione.it** - Email gestione sinistri: **rmpc07000I@istruzione.it**
- DS: **MARIA URSO** - Email DS: **liceo_dante@virgilio.it** - D.S.G.A.: **MONICA GABRIELE** - Email D.S.G.A.: **monica.gabriele2@gmail.com**

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

PRESA VISIONE/CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE

In ottemperanza all'art.49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006 il sottoscritto contraente

DICHIARA di aver ricevuto e/o preso visione:

- la dichiarazione conforme al **modello 7A** di cui al regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 che riepiloga i principali obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti;
- la Copia di una dichiarazione conforme al **modello 7B** di cui al regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 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: rmpc07000I@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

COD. UNIVOCO FATT.:

C.I.G.

16882 / 24805 / EQ

UFSRLT

Z7A1A7EEA7

DATI ANAGRAFICI

- Istituto Scolastico: ISTITUTO PRINCIPALE DANTE ALIGHIERI
- Cod. Fisc: 80210770584 - Cod. Min: Rmpc07000I
- Indirizzo: VIA ENNIO QUIRINO VISCONTI 13 - CAP: 00193 - Località: Roma - Prov. Rm
- Tel: 06121124725 - Fax: 063216207 - Email: rmpc07000I@istruzione.it
- PEC: rmpc07000I@pec.istruzione.it - Email gestione sinistri: rmpc07000I@istruzione.it
- DS: MARIA URSO - Email DS: liceo_dante@virgilio.it - D.S.G.A.: MONICA GABRIELE - Email D.S.G.A.: monica.gabriele2@gmail.com

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 | Protezione della persona in caso di infortuni |
| 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 | Si |
| In particolare: | Relativamente alla proprietà di locali |
| 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 |

1D - Dichiarazione sulla finalità delle informazioni fornite

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto, lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni/esclusioni ivi previste.

 _____ **SEZIONE D: DICHIARAZIONI DEL CLIENTE**  _____
(Luogo e data) (Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)

3D - Dichiarazione sulla finalità delle informazioni fornite

Il sottoscritto Intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto. Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza:

 _____  _____
(Luogo e data) (Timbro dell'Istituto Scolastico e firma del Dirigente)