



4° Circolo Didattico di Rimini

Via Matteotti n. 28 – 47921 Rimini

Tel./Fax : 0541/25413 - E-mail : mnee012006@istruzione.it – segreteria@rimini4.it dd4rimini@legalmail.it
COD. FISCALE: 82007630401 – COD. M.P.I.: RNEE012006

Circolare interna n. 12
Prot. n. 5016– 6.2/8

Rimini, 10/10/2011

**AGLI INSEGNANTI
AL PERSONALE ATA
AI GENITORI DEGLI ALUNNI (tramite i docenti di classe/sezione)**

OGGETTO: Assicurazione Infortuni e R.C.T. dal 7/12/2011 al 6/12/2012.

Si comunica che **entro il 06/12/2011** la Direzione Didattica dovrà disporre della somma necessaria a procedere alla copertura assicurativa INFORTUNI e R.C.T. degli alunni e del personale della scuola per il periodo 7/12/2011 – 6/12/2012.

La Compagnia con la quale il Consiglio di Circolo (delibera N. 12 del 29/06/2011) ha deliberato di stipulare il contratto assicurativo è la

DOMINA SERVIZI ASSICURATIVI s.r.l.

Via Bragadino, 6 – 20144 Milano (indirizzo WEB: www.ambientescuola.it)

MASSIMALI ASSICURATIVI E CONDIZIONI

- Massimali e condizioni sono sinteticamente riepilogati nel prospetto consultabile sul sito web della scuola.
- Copia integrale delle condizioni contrattuali, delle indicazioni inerenti la procedura da seguire in caso di sinistro e della modulistica da usare saranno depositate presso tutte le scuole del Circolo.

PRESENTAZIONE DELLE DENUNCE

In caso di sinistro devono essere rispettati i termini e le condizioni di seguito indicati.

- La denuncia, redatta su moduli specifici, deve essere presentata tramite la Direzione Didattica e deve pervenire alla Compagnia DOMINA entro 20 giorni dal sinistro.
- L'assicurato provvederà a presentare alla Direzione Didattica, ad avvenuta guarigione, ovvero quando non vi siano più spese da sostenere, la seguente documentazione:
 - a) dichiarazione di avvenuta guarigione;
 - b) referti medico-ospedalieri;
 - c) giustificativi delle spese sostenute.

La dichiarazione di guarigione dovrà essere trasmessa anche nel caso non sia stata sostenuta alcuna spesa.

- Qualora si rendesse necessaria la valutazione del danno da parte di un medico fiduciario, la relativa richiesta dovrà essere corredata da un certificato medico attestante la presenza di postumi invalidanti (tale certificato non è rimborsabile).
- Se la guarigione non avviene entro 1 anno dalla data del sinistro (3 anni per infortuni ai denti e per danni estetici), l'assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, tramite raccomandata e prima della scadenza temporale, la prosecuzione del sinistro, al fine di interrompere i termini di prescrizione previsti dall' Art. 2952 del Codice Civile.

QUOTE DA VERSARE

- Per ogni alunno (esclusi alunni certificati) **€6,50**
- Per ogni operatore scolastico (ins.ti e pers. ATA – esclusi ins.ti di sostegno) **€6,50**
- Per i familiari partecipanti (nei limiti previsti dalla polizza) ad attività programmate dal Circolo **gratuito**

MODALITÀ E TERMINI DI VERSAMENTO

Le quote degli alunni saranno riscosse dagli insegnanti di classe/sezione. Gli insegnanti capigruppo cureranno di effettuare i versamenti (PER PLESSO) **entro il 30/11/2011**, mediante versamento sul conto corrente bancario dell'Istituto bancario "**Banca Credito Cooperativo Valmarecchia Soc. Coop.**" di **Rimini**.

Codice IBAN:

IT70 G 08995 24202 015000017512

All'Ufficio di Segreteria devono essere consegnati:

- la ricevuta del versamento (immediatamente dopo l'effettuazione dello stesso), con indicazioni sul plesso e sul numero degli alunni/dei docenti/dei collaboratori scolastici che hanno pagato la quota prevista;
- elenco nominativo degli alunni/dei docenti/dei collaboratori scolastici che hanno aderito alla polizza (utilizzare gli elenchi di classe/sezione allegati).

N.B. L'elenco nominativo del personale che aderirà alla polizza dovrà essere completo di codice fiscale.

Si ringrazia per la collaborazione .

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Myriam Toccafondo