

Inizio contratto:	01.09.2026
Fine contratto:	01.09.2031
Frazionamento:	Annuale
Scadenza prima rata:	01.09.2027

BENE SCUOLA

PRODOTTO ASSICURATIVO PROTEZIONE SCUOLA

INTERMEDIARIO

Intermediario:	Sede legale intermediario:	Codice Intermediario:
AGENCY UNDERWRITING S.R.L.	VIA ROMA, 17/A CASTIGLIONE DEL LAGO (PG) - 06061	100986

CONTRAENTE

Denominazione:	Cod. Fiscale:	P. Iva:
I.S. FERMI DI MANTOVA	80016570204	80016570204
Indirizzo:	Comune:	Cod. Meccanografico:
STRADA SPOLVERINA N. 5	MANTOVA	MNIS01100E
Cap/Provincia:	E-mail:	Telefono:
46100 / MN	MNIS01100E@istruzione.it	0376262675

DATI CONTRATTUALI DI POLIZZA

Prodotto:	CIG:
Multirischi Protezione Scuola	BC96F35CA2
Data effetto contratto:	Data scadenza contratto:
01.09.2026	01.09.2031
Tacito rinnovo:	Premio procapite:
No	8,50

RIEPILOGO CAPITOLI PRESTATI*

CAPITOLO I - RESPONSABILITA' CIVILE

CAPITOLO II - INFORTUNI

CAPITOLO III - ALTRI DANNI AI BENI

CAPITOLO IV - PERDITE PECUNIARIE

CAPITOLO V - TUTELA LEGALE

CAPITOLO VI - SPESE MEDICHE

CAPITOLO VII - ASSISTENZA

ALLEGATI

Formano parte integrante del presente contratto i seguenti allegati:

[illegible]

*Per l'identificazione delle garanzie prestate si rimanda integralmente all' Allegato "A"

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

Il Contraente dichiara, prima della sottoscrizione del presente contratto:

- 1) di aver ricevuto, di aver preso visione e di accettare integralmente il DIP mod SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025, il DIP Aggiuntivo mod. SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025, il Glossario e le Condizioni Generali di Assicurazione mod. SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025 redatto ai sensi della vigente normativa IVASS;
- 2) di aver ricevuto e preso visione:
 - a) dell'informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni composta da:
 - MODELLO UNICO PRECONTRATTUALE
 - b) del questionario redatto ai fini della valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente di cui all'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARAZIONI DI POLIZZA

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal contraente all'atto della stipulazione della polizza possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, il Contraente dichiara che:

- 1) negli ultimi tre anni:
 - non ha avuto annullamenti di contratti assicurativi per sinistro da altre compagnie per danni della medesima natura di quelli indennizzabili in base alla presente polizza;
 - 2) non ha in corso altre assicurazioni, stipulate direttamente, relative ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza.
- Ogni modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve esplicitamente risultare dal testo di polizza.

Firma Contraente _____

CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il contraente, agli effetti degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni generali di assicurazione: Art. 6Bis - Durata del Contratto; Art. 29 - Evento che coinvolge più garanzie ; Art. 18 - Foro competente; Art. 1, 2, 3, 3.1, 4, 5, 6, 7, 9, 10 - Obblighi in caso di sinistro.

Firma Contraente _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio, con la periodicità prevista dal presente contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite:

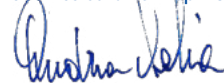
- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società
- denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del premio.

QUIETANZA DEL PAGAMENTO PREMIO

Il pagamento del premio verrà effettuato tramite appendice di regolazione.

Bene Assicurazioni SpA S.B.



Il Legale Rappresentante

Bene Assicurazioni SpA Società BenefitW: www.bene.it - M: info@bene.it - Pec: beneassicurazioni@legalmail.it - T: 02.892973 - Servizio Clienti: clienti@bene.it - 02.89297333

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano - Capitale sociale 25.199.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 - Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

Polizza N.

10098694000107

Inizio contratto: 01.09.2026

Fine contratto: 01.09.2031

Frazionamento: Annuale

Scadenza prima rata: 01.09.2027

BENE SCUOLA

PRODOTTO ASSICURATIVO PROTEZIONE SCUOLA

INTERMEDIARIO

Intermediario:

AGENCY UNDERWRITING S.R.L.

Sede legale intermediario:

VIA ROMA, 17/A CASTIGLIONE DEL LAGO (PG) - 06061

Codice Intermediario:

100986

CONTRAENTE

Nome/Denominazione:

I.S. FERMI DI MANTOVA

Cod. Fiscale:

80016570204

P. Iva:

80016570204

Indirizzo:

STRADA SPOLVERINA N. 5

Comune:

MANTOVA

Cod. Meccanografico:

MNIS01100E

Cap/Provincia:

46100 / MN

E-mail:

MNIS01100E@istruzione.it

Telefono:

0376262675

DATI CONTRATTUALI DI POLIZZA

Prodotto:

Multirischi Protezione Scuola

CIG:

BC96F35CA2

Data effetto contratto:

01.09.2026

Data scadenza contratto:

01.09.2031

Tacito rinnovo:

No

Premio procapite:

8,50

RIEPILOGO CAPITOLI PRESTATI*

CAPITOLO I - RESPONSABILITA' CIVILE

CAPITOLO II - INFORTUNI

CAPITOLO III - ALTRI DANNI AI BENI

CAPITOLO IV - PERDITE PECUNIARIE

CAPITOLO V - TUTELA LEGALE

CAPITOLO VI - SPESE MEDICHE

CAPITOLO VII - ASSISTENZA

Bene Assicurazioni SpA Società Benefit

W: www.bene.it - M: info@bene.it - Pec: beneassicurazioni@legalmail.it - T: 02.892973 - Servizio Clienti: clienti@bene.it - 02.89297333

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano - Capitale sociale 25.199.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 - Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

ALLEGATI

Formano parte integrante del presente contratto i seguenti allegati:

[illegible]

*Per l'identificazione delle garanzie prestate si rimanda integralmente all' Allegato "A"

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

Il Contraente dichiara, prima della sottoscrizione del presente contratto:

- 1) di aver ricevuto, di aver preso visione e di accettare integralmente il DIP mod SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025, il DIP Aggiuntivo mod. SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025, il Glossario e le Condizioni Generali di Assicurazione mod. SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025 redatto ai sensi della vigente normativa IVASS;
- 2) di aver ricevuto e preso visione:
 - a) dell'informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni composta da:
 - MODELLO UNICO PRECONTRATTUALE
 - b) del questionario redatto ai fini della valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente di cui all'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARAZIONI DI POLIZZA

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal contraente all'atto della stipulazione della polizza possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, il Contraente dichiara che:

- 1) negli ultimi tre anni:
 - non ha avuto annullamenti di contratti assicurativi per sinistro da altre compagnie per danni della medesima natura di quelli indennizzabili in base alla presente polizza;
- 2) non ha in corso altre assicurazioni, stipulate direttamente, relative ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza. Ogni modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve esplicitamente risultare dal testo di polizza.

Firma Contraente _____

CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICATAMENTE

Il contraente, agli effetti degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni generali di assicurazione: Art. 6Bis - Durata del Contratto; Art. 29 - Evento che coinvolge più garanzie; Art. 18 - Foro competente; Art. 1, 2, 3, 3.1, 4, 5, 6, 7, 9, 10- Obblighi in caso di sinistro.

Firma Contraente _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio, con la periodicità prevista dal presente contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite:

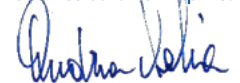
- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società
- denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del premio.

QUIETANZA DEL PAGAMENTO PREMIO

Il pagamento del premio verrà effettuato tramite appendice di regolazione.

Bene Assicurazioni SpA S.B.



Il Legale Rappresentante

Bene Assicurazioni SpA Società BenefitW: www.bene.it - M: info@bene.it - Pec: beneassicurazioni@legalmail.it - T: 02.892973 - Servizio Clienti: clienti@bene.it - 02.89297333

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano - Capitale sociale 25.199.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 - Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

Inizio contratto:	01.09.2026
Fine contratto:	01.09.2031
Frazionamento:	Annuale
Scadenza prima rata:	01.09.2027

BENE SCUOLA

PRODOTTO ASSICURATIVO PROTEZIONE SCUOLA

INTERMEDIARIO

Intermediario:	Sede legale intermediario:	Codice Intermediario:
AGENCY UNDERWRITING S.R.L.	VIA ROMA, 17/A CASTIGLIONE DEL LAGO (PG) - 06061	100986

CONTRAENTE

Nome/Denominazione:	Cod. Fiscale:	P. Iva:
I.S. FERMI DI MANTOVA	80016570204	80016570204
Indirizzo:	Comune:	Cod. Meccanografico:
STRADA SPOLVERINA N. 5	MANTOVA	MNIS01100E
Cap/Provincia:	E-mail:	Telefono:
46100 / MN	MNIS01100E@istruzione.it	0376262675

DATI CONTRATTUALI DI POLIZZA

Prodotto:	CIG:
Multirischi Protezione Scuola	BC96F35CA2
Data effetto contratto:	Data scadenza contratto:
01.09.2026	01.09.2031
Tacito rinnovo:	Premio procapite:
No	8,50

RIEPILOGO CAPITOLI PRESTATI*

CAPITOLO I - RESPONSABILITA' CIVILE

CAPITOLO II - INFORTUNI

CAPITOLO III - ALTRI DANNI AI BENI

CAPITOLO IV - PERDITE PECUNIARIE

CAPITOLO V - TUTELA LEGALE

CAPITOLO VI - SPESE MEDICHE

CAPITOLO VII - ASSISTENZA

ALLEGATI

Formano parte integrante del presente contratto i seguenti allegati:

[illegible]

*Per l'identificazione delle garanzie prestate si rimanda integralmente all' Allegato "A"

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

Il Contraente dichiara, prima della sottoscrizione del presente contratto:

- 1) di aver ricevuto, di aver preso visione e di accettare integralmente il DIP mod SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025, il DIP Aggiuntivo mod. SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025, il Glossario e le Condizioni Generali di Assicurazione mod. SCUCOA_CGA_2509 Edizione 09/2025 redatto ai sensi della vigente normativa IVASS;
- 2) di aver ricevuto e preso visione:
 - a) dell'informativa precontrattuale di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni composta da:
 - MODELLO UNICO PRECONTRATTUALE
 - b) del questionario redatto ai fini della valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente di cui all'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARAZIONI DI POLIZZA

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal contraente all'atto della stipulazione della polizza possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, il Contraente dichiara che:

- 1) negli ultimi tre anni:
 - non ha avuto annullamenti di contratti assicurativi per sinistro da altre compagnie per danni della medesima natura di quelli indennizzabili in base alla presente polizza;
- 2) non ha in corso altre assicurazioni, stipulate direttamente, relative ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza. Ogni modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve esplicitamente risultare dal testo di polizza.

Firma Contraente _____

CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICATAMENTE

Il contraente, agli effetti degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni generali di assicurazione: Art. 6Bis - Durata del Contratto; Art. 29 - Evento che coinvolge più garanzie; Art. 18 - Foro competente; Art. 1, 2, 3, 3.1, 4, 5, 6, 7, 9, 10- Obblighi in caso di sinistro.

Firma Contraente _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio, con la periodicità prevista dal presente contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite:

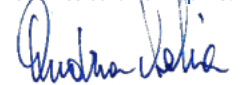
- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società
- denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del premio.

QUIETANZA DEL PAGAMENTO PREMIO

Il pagamento del premio verrà effettuato tramite appendice di regolazione.

Bene Assicurazioni SpA S.B.



Il Legale Rappresentante

Bene Assicurazioni SpA Società BenefitW: www.bene.it - M: info@bene.it - Pec: beneassicurazioni@legalmail.it - T: 02.892973 - Servizio Clienti: clienti@bene.it - 02.89297333

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano - Capitale sociale 25.199.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 - Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

"ALLEGATO A"

CAPITOLO I - RESPONSABILITA' CIVILE VALIDITA' MONDO INTERO - MASSIMALE PER SINISTRO	
	<i>Massimale</i>
- RCT / RCO / RC personale dei dipendenti / Addetti alla sicurezza (D.Lgs. 81/08) / danno biologico	30.000.000,00
- DANNI A COSE (TROVANTISI NELL'AMBITO DELL'ESECUZIONE DEI LAVORI PRESSO TERZI) DI TERZI NELL'AMBITO DI ATTIVITÀ DI STAGES E ALTERNANZA SCUOLA/LAVORO	500.000,00
- Danni da Interruzione o Sospensione di esercizio (vedi Art.20 Condizioni di Assicurazione)	10.000.000,00
- Per danni da incendio	10.000.000,00
- Assistenza legale/spese di resistenza "Art.23 C.d.a. Sezione Responsabilità Civile" con il massimo di:	6.250.000,00
- RESPONSABILITÀ CIVILE PERSONALE DEGLI ALUNNI IN ITINERE	Compreso
CAPITOLO II - INFORTUNI VALIDITA' MONDO INTERO (sempre compreso il rischio in itinere e percorso CASA/SCUOLA/CASA)	
	<i>Massimale</i>
<u>Combinazione Tariffaria scelta per "Appendice 1" del Set Informativo</u>	H-550000
- CASO MORTE	450.000,00
- INVALIDITA' PERMANENTE - con la più favorevole tabella INAIL e come da tabella allegata alle Condizioni di Assicurazione	550.000,00
- invalidità permanente dal 45% UGUALE AL 100% del capitale assicurato	550.000,00
- invalidità permanente superiore al 75%	670.000,00
- invalidità permanente raddoppiata per alunno orfano (vedi Art.11-b Condizioni di Assicurazione)	1.100.000,00
- invalidità permanente superiore al 75% per alunno orfano	1.220.000,00
- RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO - tutti i rimborsi sono cumulabili tra di loro	25.000.000,00
- spese odontoiatriche (senza limiti di tempo);	senza limite nel massimale rimborso spese mediche
- spese per apparecchi acustici; noleggio/acquisto carrozzelle;	senza limite nel massimale rimborso spese mediche
- spese oculistiche comprese lenti e montature (acquisto e riparazione);	senza limite nel massimale rimborso spese mediche
<u>GARANZIE AGGIUNTIVE (cumulabili con il Rimborso Spese Mediche, ciascuna valida per il relativo massimale)</u>	
- Diaria da Ricovero al giorno (per 1.000 Giorni)	150,00
- Diaria Day-Hospital (per 1.000 Giorni)	150,00
- Diarie da Gesso/Immobilizzazione - fino al massimo di	3.600,00
- per assenza da scuola fino al massimo di / al giorno	1.800,00 / 60,00
- per presenza a scuola fino al massimo di / al giorno	1.800,00 / 60,00
- danno estetico al viso	25.000,00
- danno estetico una tantum	2.500,00
- rimborso rottura apparecchi ortodontici	4.000,00
- spese funerarie	30.000,00
- stato di coma continuato (RECOVERY HOPE) 100 giorni	550.000,00
- perdita dell'anno scolastico	30.000,00
- indennità da assenza per infortunio (vedi Art.25 Condizioni di Assicurazione)	500,00
- danneggiamento biciclette	2.000,00
- annullamento viaggi/gite/corsi per infortunio	8.000,00
<u>SPESE AGGIUNTIVE - danni materiali da infortunio</u>	
- a vestiario	3.500,00
- a strumenti musicali	1.500,00
- a carrozzelle / tutori per portatori di handicap	7.500,00
Invalidità permanente da: meningite cerebro spinale e poliomielite, contagio HIV ed EPATITE VIRALE	550.000,00
Rimborso forfettario per: meningite cerebro spinale e poliomielite, contagio HIV ed EPATITE VIRALE	80.000,00
Eventi Catastrofici - Rischio Guerra - Terrorismo - Contaminazioni NBC	25.000.000,00
Calamità Naturali - Terremoti - Inondazioni - Alluvioni - Eruzioni Vulcaniche	25.000.000,00
CAPITOLO III - ALTRI DANNI AI BENI	
	<i>Massimale</i>
- FURTO E SMARRIMENTO BAGAGLIO	5.000,00
- EFFETTI PERSONALI A SCUOLA	750,00
CAPITOLO IV - PERDITE PECUNIARIE	
	<i>Massimale</i>
- DANNI AL VEICOLO DEI REVISORI DEI CONTI E DEI DIPENDENTI IN MISSIONE: per collisione, urto, ribaltamento, uscita di strada, tumulti popolari, scioperi, terrorismo, vandalismo, sabotaggio, eventi naturali, grandine, incendio, tentato furto, cristalli.	30.000,00
- ANNULLAMENTO VIAGGI/GITE PER MALATTIA IMPROVVISA	8.000,00
CAPITOLO V - TUTELA LEGALE (massimale per sinistro e illimitato per anno)	
	<i>Massimale</i>
Massimale assicurato per sinistro	1.000.000,00
CAPITOLO VI - SPESE MEDICHE VALIDITA' MONDO INTERO MASSIMALE PER SINISTRO E ILLIMITATO PER ANNO	
	<i>Massimale</i>
- RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN GITA	25.000.000,00
CAPITOLO VII - ASSISTENZA ALLA PERSONA VALIDITA' MONDO INTERO	
	<i>Massimale</i>
- A SCUOLA PER INFORTUNIO/MALATTIA/MALORE	COMPRESO
Consulenza Medica Telefonica a scuola (reperimenti di mezzi di soccorso d'urgenza; reperimento di medici specialisti d'urgenza; organizzazione di consulti medici; segnalazione di laboratori e centri diagnostici; esistenza e reperibilità di farmaci in Italia e all'estero)	COMPRESO
Network convenzionato (single strutture convenzionate e loro ubicazione; prestazioni specialistiche; nominativo di singoli medici;	COMPRESO
Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit Sede Legale e Direzione Generale Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI) Capitale sociale 25.199.000 euro i.v. Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS (https://www.ivass.it/) n. 0237415 del 21/12/2016 Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180 Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding S.p.A. appartenente al Gruppo Assicurativo Bene Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n° 54	

esami diagnostici; ricoveri)	COMPRESO
Invio medico e/o ambulanza	COMPRESO
Comunicazioni urgenti ad un familiare	COMPRESO
VITA PRIVATA ALUNNI 24 H - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA	COMPRESO
- IN GITA E VIAGGIO PER INFORTUNIO/MALATTIA/MALORE	COMPRESO
Consulenza Medica Telefonica 24 H su 24 in viaggio (reperimenti di mezzi di soccorso d'urgenza; reperimento di medici specialisti d'urgenza; organizzazione di consulti medici; segnalazione di laboratori e centri diagnostici; esistenza e reperibilità di farmaci in Italia e all'estero)	COMPRESO
Invio medico e/o ambulanza	COMPRESO
Trasferimento sanitario	COMPRESO
Informazioni cliniche sul paziente	COMPRESO
Interprete a disposizione	COMPRESO
Assistenza Psicologica	30.000,00
Familiare accanto	COMPRESO
Invio medicinali all'estero	COMPRESO
Rientro dell'assicurato convalescente	COMPRESO
Rientro anticipato	COMPRESO
Rimpatrio sanitario	COMPRESO
Prolungamento soggiorno	200,00
Invio di un accompagnatore in sostituzione	COMPRESO
Traduzione cartella clinica	COMPRESO
Anticipo somme di denaro (per i soli assicurati maggiorenni)	5.000,00
SPESE RIMPATRIO SALMA	SENZA LIMITE
SOCCORSO STRADALE in Italia - per Alunni, Operatori Scolastici, Revisori dei conti e dipendenti in missione	500,00
Informazioni turistiche	COMPRESO
Informazioni D.Lgs. 81 del 9.04.08	COMPRESO

CAPITOLO ASSISTENZA VII - GARANZIA SPECIALE ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA -

SEZIONE GARANZIA ASSISTENZA - APPENDICE GRATUITA GARANZIA SPECIALE ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA -	Massimale
	30.000,00