



# LICEO SCIENTIFICO "FRANCESCO SEVERI"

Via Gabriele D'Annunzio - 84133 Salerno  
Tel 089752436 - C.F.80028030650 - C.M. SAPS06000L  
E-mail: saps060001@istruzione.it - Pec: saps060001@pec.istruzione.it  
Sito Web: www.liceoseverisalerno.edu.it



*Ministero  
dell'Istruzione  
e del Merito*

A tutto il personale  
Docente e A.T.A.

Al Sito Web del Liceo

**Oggetto:** coperture assicurative a.s. 2024/25 per le polizze Responsabilità Civile/Infortuni/Assistenza/Tutela Giudiziaria - Adesione volontaria del Personale Docente e A.T.A.

Si comunica che il personale del Liceo ha la facoltà di aderire alle coperture assicurative in oggetto per l'a.s. 2024/25.

Si precisa che la Società di Assicurazione affidataria del servizio assicurativo per gli aa.ss. 2023/24, 2024/25 e 2025/26 è la Benacquista Assicurazioni S.r.l. in qualità di Agenzia mandataria della Compagnia Chubb European Group SE - Rappresentanza Generale per l'Italia con sede legale in Milano.

Le condizioni di polizza e le garanzie prestate sono contenute nel documento che è pubblicato nell'apposita sezione del sito web del Liceo.

**L'adesione alla copertura assicurativa è volontaria e richiederà il versamento di un premio individuale di € 7,00.**

**Gli interessati potranno consegnare/inviare entro il 15/11/2024** all'Ufficio di Segreteria/Settore Contabilità la comunicazione di adesione debitamente compilata e firmata di cui al modello allegato alla presente nota.

Si ricorda che all'atto della regolazione del premio assicurativo, saranno assicurati solo i nominativi che hanno aderito alle coperture e che verranno inseriti in apposito elenco da trasmettere alla compagnia assicurativa.

**Il pagamento dovrà essere effettuato tramite apposito Avviso Individuale PagoPa che sarà inviato tramite e-mail direttamente agli interessati che aderiranno alle coperture assicurative.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Barbara Figliolia  
*Firmato Digitalmente*

**DICHIARAZIONE DI ADESIONE VOLONTARIA ALLE COPERTURE ASSICURATIVE A.S. 2024/25  
DOCENTI E PERSONALE ATA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Docente \_\_\_\_\_

ATA \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

dichiara

di voler aderire alle coperture assicurative per Infortuni – R.C.T. – Assistenza – Tutela Giudiziaria a.s. 2024/25 come da condizioni Benacquista Assicurazioni S.r.l. e si impegna a versare il premio individuale di **€ 7,00** con l'avviso di pagamento individuale Pagopa che verrà inviato a mezzo e-mail dall'Ufficio di Segreteria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_