



Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della protezione civile

SCHEDA DI

OFFERTA TECNICA

Lotto 2

**GARA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI – POLIZZA CUMULATIVA
INFOTUNI VOLONTARI**

(DA INSERIRE NELLA BUSTA B)

FACSIMILE DI DICHIARAZIONE DA INSERIRE NELLA BUSTA B)

Il sottoscritto:

codice fiscale:

nato a: il: .././....

domiciliato per la carica presso la sede societaria, nella sua qualità di:¹.....

e legale rappresentante dell'Impresa:

con sede legale in:

Via/Piazza: C.A.P.

Telefono:.....; Fax:.....; PEC:.....

codice fiscale: Partita I.V.A.:

- avendo conoscenza integrale di tutte le circostanze generali e speciali concernenti il rischio oggetto del Lotto;
- consapevole che non sono ammesse ulteriori varianti ai Capitolati Speciali d'Appalto (Polizza di Assicurazione), salvo l'eventuale accettazione della condizione contrattuale come "Opzione migliorativa";
- consapevole che sarà attribuito il punteggio tecnico in relazione al singolo sub parametro nel caso in cui barri la casella "SI", in quanto l'impegno si intenderà come assunto. In tale ipotesi l'Offerente dichiara di essere consapevole che s'intenderà confermata l'opzione migliorativa prevista dal Capitolato Speciale d'Appalto (Polizza di Assicurazione).
- consapevole che non sarà attribuito alcun punteggio tecnico in relazione al singolo sub parametro nel caso in cui barri la casella "NO" oppure non barri alcuna casella, in quanto l'impegno si intenderà come **non assunto**. In tale ipotesi l'Offerente dichiara di essere consapevole che s'intenderà confermata l'opzione base prevista dal Capitolato Speciale d'Appalto (Polizza di Assicurazione) in quanto requisito minimo a pena di esclusione previsto per la partecipazione alla presente gara.

PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA (MAX 70 PUNTI)

Con riferimento a ciascuno dei sub parametri di seguito elencati, il concorrente offre:

SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

Fermo restando i requisiti minimi, il concorrente presenta offerta con i seguenti valori *(barrare la casella corrispondente alla scelta effettuata)*

GARANZIA PRESTATATA	VALORE DI CAPITOLATO (requisito minimo non riducibile)	VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE
CONCORSO SPESE MEDICHE FARMACEUTICHE OSPEDALIERE	Limite € 500,00	Limiti € 500,00 <input type="checkbox"/> 0 punti Limite € 750,00 <input type="checkbox"/> 5 punti Limite € 1.000,00 <input type="checkbox"/> 10 punti
ASSICURAZIONE BAGAGLIO	Limite € 520,00	Limiti € 520,00 <input type="checkbox"/> 0 punti Limite € 750,00 <input type="checkbox"/> 5 punti Limite € 1.000,00 <input type="checkbox"/> 10 punti
Rientro sanitario	Limite € 15.000,00	Limiti € 15.000,00 <input type="checkbox"/> 0 punti Limite € 17.500,00 <input type="checkbox"/> 5 punti Limite € 20.000,00 <input type="checkbox"/> 10 punti
Condizione Aggiuntiva: Incremento Capitale Morte di € 5.000,00 per ogni componente del nucleo familiare fino ad un massimo di € 15.000,00 (per un max di 3 componenti eccedenti l'Assicurato)		Non concessa dal Concorrente <input type="checkbox"/> 0 punti Concessa dal concorrente <input type="checkbox"/> 20 punti

Elevazione del periodo massimo risarcibile per inabilità temporanea da 30 a 40 giorni

Non concessa dal Concorrente 0 punti

Concessa dal concorrente 20 punti

Luogo e data

Timbro, firma e qualifica del sottoscrittore

....., li/....

.....