

Spett.le

CPIA “Napoli Prov 2”

Codice Ministeriale : NAMMOCS00D

c/o ITCG “MASULLO THETI”

Via Mario de sena , 215 – 80035 NOLA (Na)

Il sottoscritto _____ nato a _____ (____) il ___/___/___ e
residente in _____ (____) via _____ n. _____,

– nella sua qualità di rappresentante legale/procuratore della Compagnia _____
con sede legale in _____ Via _____ n. _____,
Codice Fiscale e Partita IVA _____,

oppure

– Rappresentante Legale/Procuratore dell'Agenzia _____, con
sede in _____ Via _____, Partita
IVA _____, Tel. _____, Fax _____, mail
_____, autorizzata dalla/e Compagnia/e _____

a partecipare alla presente procedura e ad impegnare la stessa per il preventivo presentato con

EFFETTO	ORE 24.00 DEL 31/08/2019
SCADENZA	ORE 24.00 DEL 31/08/2023

DICHIARA

- di aver preso visione e accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le condizioni contenute nel Capitolato di polizza (di seguito CdP) , incluse le eventuali condizioni particolari (di seguito CP) ;
- di essere consapevole che i riferimenti numerici degli articoli nella presente scheda hanno finalità esclusivamente di guida informativa – e non sostitutiva- al Capitolato di Polizza accettato nella sua interezza;
- di accettare che, qualora in fase di emissione del contratto di polizza definitivo – anche se sottoscritto dal contraente - , risulti una discordanza fra le condizioni contrattuali e il Capitolato di Polizza accettato in sede di preventivo, verranno applicate quelle più favorevoli all'Istituto Scolastico.
- di aver valutato tutte le circostanze che hanno portato alla determinazione del preventivo, nonché tutte le condizioni contrattuali e le circostanze, generali e particolari, che possono influire sull'esecuzione del servizio e di averne tenuto conto nella formulazione della presente Offerta Tecnica.

DICHIARA INOLTRE**(BARRARE UNA SOLA DELLE VOCI INDICATE DI SEGUITO)**

- DI ACCETTARE INTEGRALMENTE I VALORI E LE CONDIZIONI BASE DI CUI ALLA PRESENTE SCHEDA TECNICA **SENZA APPORTARE VARIANTI TECNICHE** (PUNTEGGIO ATTRIBUITO 10 PUNTI).
- DI ACCETTARE INTEGRALMENTE I VALORI E LE CONDIZIONI BASE DI CUI ALLA PRESENTE SCHEDA TECNICA **E DI APPORTARE LE SEGUENTI VARIANTI TECNICHE** (N.B. NON è POSSIBILE INDICARE VALORI INFERIORI ALLE CONDIZIONI BASE, SALVO QUELLI ESPRESSAMENTE PREVISTI ALL'OPZIONI 1)

IN CASO DI R.T.I. O COASSICURAZIONE, LA SOTTOSCRIZIONE DOVRÀ ESSERE APPOSTA:

- DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O PROCURATORE SPECIALE DELLA COMPAGNIA MANDATARIA IN CASO DI R.T.I. GIÀ COSTITUITO;
- DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O PROCURATORE SPECIALE DI TUTTE LE COMPAGNIE RAGGRUPPANDI IN CASO DI R.T.I. NON ANCORA COSTITUITO;
- DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O PROCURATORE SPECIALE DELLA COMPAGNIA DELEGATARIA IN CASO DI COASSICURAZIONE.

TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE

TABELLA VARIANTI		
PARAMETRI DI VALUTAZIONE	VARIANTI AMMESSE IN BASE AI PARAMETRI DI VALUTAZIONE RIPORTATI DI SEGUITO E' POSSIBILE SELEZIONARE: 1. UNA VARIANTE BARRANDO CON LA X L'OPZIONE PRESCELTA IL PUNTEGGIO ATTRIBUIBILE A CIASCUNA VARIANTE E' EVIDENZIATO ALL'INTERNO DELLA PARENTESI OPPURE 2. ALL' OPZIONE 3, DOVE E' PREVISTA LA FORMULA, SI DEVE INSERIRE UN VALORE UGUALE O SUPERIORE RISPETTO AI VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO IL PUNTEGGIO ATTRIBUITO RISULTERA' DALLA APPLICAZIONE DELLA FORMULA	PUNTEGGIO MASSIMO 80

Sub-sezione	SEZIONE INFORTUNI:	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 2	OPZIONE 3 In questa opzione è possibile compilare 1 o più celle, indicando un Valore uguale o superiore a quello delle condizioni base	Riferimento articolo CdP
a)	MORTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA)	€ 120.000,00		☐ SOMMA ASSICURATA _____ $P_i = P_{max} (+4) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	26
	INVALIDITÀ PERMANENTE E MODALITÀ DI CALCOLO¹				
b)	INVALIDITÀ PERMANENTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA ESCLUSO OGNI FORMA DI CAPITALE AGGIUNTIVO)	€ 120.000,00		☐ SOMMA ASSICURATA € _____ $P_i = P_{max} (+5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	27
c)	VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 1° AL 5°	€ 200,00		VALORE PER PUNTO € _____ $P_i = P_{max} (+3) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	27
d)	VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 6° AL 15°	€ 400,00		VALORE PER PUNTO € _____ $P_i = P_{max} (+3) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	27
e)	VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 16° AL 25°	€ 900,00		VALORE PER PUNTO € _____ $P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	27
f)	VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 26° AL 99°	€ 1.200,00		VALORE PER PUNTO € _____ $P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	27
g)	EROGAZIONE INTERA SOMMA ASSICURATA PER INV. PERM. OFFERTA ALLA SUB-SEZIONE b) SE ACCERTATA AL	100%	☐ AL 60% (+0,75)	☐ AL 45% (+1,50)	27
h)	CAPITALE AGGIUNTIVO ALLA SOMMA PER L' INVALIDITÀ PERMANENTE OFFERTA ALLA SUB-SEZIONE b) SUPERIORE AL 75%	NON PREVISTO		☐ SOMMA ASSICURATA _____ $P_i = P_{max} (+1) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	27
A.1 Sub-totale PUNTEGGIO MORTE + INVALIDITÀ PERMANENTE (= sub-sezione a+b+c+d+e+f+g+h) (max attribuibile 20,5):					

TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3	Riferimento articolo CdP
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	€ 15.000,00	<input type="checkbox"/> € 5.000,00 (-2)	<input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+1)	<input type="checkbox"/> € 30.000,00 (+2)	28
OPERATIVITÀ RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	A SECONDO RISCHIO	=====	=====	<input type="checkbox"/> A PRIMO RISCHIO (+2)	28
SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE	€ 8.000,00	<input type="checkbox"/> € 4.000,00 (-1)	<input type="checkbox"/> € 12.000,00 (+1)	<input type="checkbox"/> € 16.000,00 (+2)	29
SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE: NUMERO PROTESI E LIMITE PER DENTE	NUMERO PROTESI: 1 LIMITE PER DENTE: € 1.000,00		NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: € 2.000,00 (+0,75)	NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: ILLIMITATO (+1,50)	29
RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE - ROTTURA OCCHIALI	€ 4.000,00	<input type="checkbox"/> € 2.000,00 (-1)	<input type="checkbox"/> € 6.000,00 (+0,75)	<input type="checkbox"/> € 8.000,00 (+1)	30
A.2 Sub-totale PUNTEGGIO RIMBORSO SPESE (max attribuibile punti 8,5):					
DIARIE E ALTRE SPESE	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3 Se prevista la formula, è possibile compilare 1 o più celle, indicando un Valore uguale o superiore a quello delle condizioni base	Riferimento articolo CdP
DIARIA DA RICOVERO	€ 30,00			<input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA _____ $P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	31
DAY HOSPITAL	€ 15,00			<input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA _____ $P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$	31
DIARIA DA GESSO: Per assenza da scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	€ 450,00/ € 15,00		<input type="checkbox"/> € 540,00/ € 18,00 (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 600,00/ € 20,00 (+0,75)	31
DIARIA DA GESSO: Per presenza a scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	€ 200,00/ € 10,00		<input type="checkbox"/> € 300,00 / € 15,00 (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 400,00/ € 20,00 (+0,75)	31
SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA MAX 30 GIORNI	€ 15,00		<input type="checkbox"/> € 20,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> € 25,00 (+0,50)	34
SPESE DI TRASPORTO CASA/ISTITUTO DI CURA MAX 30 GIORNI	€ 15,00		<input type="checkbox"/> € 20,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> € 25,00 (+0,50)	35
A.3 Sub-totale PUNTEGGIO DIARIE E ALTRE SPESE (max attribuibile punti 5,5):					

ALTRE GARANZIE	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3	Riferimento articolo CdP
DANNO ESTETICO UNA TANTUM	€ 300,00	<input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25)	<input type="checkbox"/> € 400,00 (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 500,00 (+1,00)	33
DANNO ESTETICO	€ 1.500,00		<input type="checkbox"/> 1800,00 (+0,75)	<input type="checkbox"/> 2.000,00 (+1)	32
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A SEDIE A ROTELLE E TUTORI PER PORTATORI DI HANDICAP	€ 500,00	<input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25)	<input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> € 750,00 (+0,50)	36
SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO	€ 500,00	<input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25)	<input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> € 750,00 (+0,50)	37
PERDITA ANNO SCOLASTICO	€ 3.000,00	<input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25)	<input type="checkbox"/> € 4.000,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> € 5.000,00 (+0,50)	38
POLIOMIELITE - MENINGITE CEREBRO SPINALE/AIDS ED EPATITE VIRALE	€ 10.000,00		<input type="checkbox"/> € 15.000,00 (+0,75)	<input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+2)	39
MASSIMALI EVENTI CATASTROFALI E RISCHIO VOLO	€ 2.000.000,00		<input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 (+0,75)	<input type="checkbox"/> € 15.000.000,00 (+2,50)	40-41
SINISTRI IN ITINERE ART. 42	RIDUZIONE DEL 75% INDENNIZZI MORTE E I.P.		<input type="checkbox"/> RIDUZIONE DEL 50% (+1,5)	<input type="checkbox"/> NESSUNA RIDUZIONE (+2)	42
ALTRI ASSICURATI *	NON PREVISTI			<input type="checkbox"/> PREVISTI (+1)	CP n°5
ESCLUSIONI SEZIONE INFORTUNI	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO				
- DA ABUSO DI PSICOFARMACI, DALL'USO DI STUPEFACENTI O ALLUCINOGENI;	ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 1 SCHEMA DI CONTRATTO	=====	=====	<input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ARTICOLO 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO1 SCHEMA DI CONTRATTO POLIZZA PRESTATI SENZA ESCLUSIONI (+1)	25
- DA OPERAZIONI CHIRURGICHE, ACCERTAMENTI O CURE MEDICHE NON RESI NECESSARI DA INFORTUNIO					
- DA GUERRA, INSURREZIONE;					
A.4 Sub-totale PUNTEGGIO ALTRE GARANZIE (max attribuibile punti 12,00):					

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE:	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3	Riferimento articolo CdP
MASSIMALE PER SINISTRO RCT/RCO E LIMITE PER ANNO	€ 5.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO	<input type="checkbox"/> € 2.500.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (-2)	<input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+4)	<input type="checkbox"/> € 25.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+6)	49-50
DANNI DA INCENDIO	€ 500.000,00	<input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 250.000,00 (-0,50)	<input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.750.000,00 (+1)	<input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 8.750.000,00 (+2)	52
DANNI DA INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ	€ 500.000,00	<input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 250.000,00 (-0,50)	<input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.000.000,00 (+1)	<input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 6.250.000,00 (+2)	52
RC DEGLI ALUNNI IN ITINERE*	NON PREVISTA		<input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+1)	<input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+2)	CP N° 3
ALTRI ASSICURATI *	NON PREVISTI			<input type="checkbox"/> PREVISTI (+1)	CP N° 4
RISCHI RESPONSABILITÀ CIVILE DELLA SCUOLA DANNI CONSEGUENTI A:	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO				
MOLESTIE SESSUALI E OGNI TIPO DI DISCRIMINAZIONI E ABUSO SESSUALE	ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56		<input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
DANNI MORALI, PUR IN ASSENZA DI CONSEGUENZE FISICHE, DISTURBI MENTALI E PSICHICI	ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56		<input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
CONTAGIO DA MALATTIE IN GENERE (TRA LE QUALI: POLIOMIELITE, MENINGITE, H.I.V. ED EPATITE VIRALE	ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56		<input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
SCOMPARS A E SEQUESTRI DI PERSONA	ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56		<input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
AGGRESSIONI O ATTI VIOLENTI ANCHE CON MOVENTE POLITICO, SOCIALE O SINDACALE, ATTI DI TERRORISMO	ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56		<input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)	<input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
B. TOTALE PUNTEGGIO SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 15,5):					

ALLEGATO 3 – SCHEDA OFFERTA TECNICA

Istituto CPIA NAPOLI PROV 2 - Codice Ministeriale : NAMMOCS00D

Affidamento servizi assicurativi dec: ore 24,00 del 31/08/2019 - scad: ore 24,00 del 31/08/2023

SEZIONE ASSISTENZA	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3	Riferimento articolo CdP
SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO	€ 40.000,00	<input type="checkbox"/> € 20.000,00 (-0,25)	<input type="checkbox"/> € 60.000,00 (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 80.000,00 (+1)	63
ASSICURAZIONE BAGAGLIO	€ 500,00	<input type="checkbox"/> € 250,00 (-0,25)	<input type="checkbox"/> € 1.500,00 (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 2.000,00 (+1)	66-67
ANNULLAMENTO GITE A SEGUITO DI MALATTIA/INFORTUNIO *	NON PREVISTO		<input type="checkbox"/> € 600,00 PER ALUNNO (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 1.200,00 PER ALUNNO (+1)	CP n° 2
ANNULLAMENTO CORSI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA *	NON PREVISTO		<input type="checkbox"/> € 500,00 PER ALUNNO (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER ALUNNO (+1)	CP n° 1
ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA *	NON PREVISTO		<input type="checkbox"/> € 15.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 20.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+1)	CP n° 7
C. TOTALE PUNTEGGIO SEZIONE ASSISTENZA (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 5):					

ALTRE GARANZIE PARTICOLARI	VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO	OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3	Riferimento articolo CdP
DANNI AL VEICOLO DEL DIPENDENTE IN MISSIONE *	NON PREVISTA		<input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER VEICOLO (+0,50)	<input type="checkbox"/> € 5.000,00 PER VEICOLO (+1)	CP n° 6
D. TOTALE PUNTEGGIO ALTRE GARANZIE PARTICOLARI (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 1):					

SERVIZI AGGIUNTIVI		OPZIONE 1	OPZIONE 2	OPZIONE 3	
GESTIONE SINISTRI ONLINE	NON PREVISTA	-----	-----	<input type="checkbox"/> PREVISTA (+2)	
E. TOTALE PUNTEGGIO SERVIZI AGGIUNTIVI (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 2):					

***COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI AL CAPITOLATO DI POLIZZA**

Luogo _____ Data _____

Timbro e Firma
_____**TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE**