

ALLEGATO 3 - SCHEDE PREVENTIVO

Spett.le
C.P.I.A. "NAPOLI PROVINCIA 2"
Codice Ministeriale: NAMM0CS00D
VIA NUOVA SARNO , 453
80036 - PALMA CAMPANIA - NA

SCHEDE PREVENTIVO PRESENTATA DA: _____

1) SEZIONE INFORTUNI

A) PREMORIENZA

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--------------------------------------|---|----------|
| MORTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA) | Importo minimo: € 170,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+3.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 26 |

B) INVALIDITA' PERMANENTE E MODALITA' DI CALCOLO

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|---|----------|
| INVALIDITA' PERMANENTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA PERSONA ESCLUSO OGNI FORMA DI CAPITALE AGGIUNTIVO) | Importo minimo: € 170,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+3.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 27 |
| VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 1° AL 5° | Importo minimo: € 400.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+2.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 27 |
| VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 6° AL 15° | Importo minimo: € 650.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+2.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 27 |
| VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 16° AL 25° | Importo minimo: € 1,100.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 27 |

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--|--|-----------|
| VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 26° AL 99° | Importo minimo: € 1,600.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 27 |
| CAPITALE AGGIUNTIVO ALLA SOMMA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE OFFERTA ALLA SUBSEZIONE b) SUPERIORE AL 75% | Importo minimo: € 30,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 27 |
| EROGAZIONE INTERA SOMMA ASSICURATA PER INV. PERM. OFFERTA ALLA SUBSEZIONE b) SE ACCERTATA AL | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> 100% (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> 60% (+0,75) <input type="checkbox"/> 45% (+1,50) | 27 |

C) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--|---|-----------|
| RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 60.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 80.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> € 100.000,00 (+2) | 28 |
| OPERATIVITA' RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> A SECONDO RISCHIO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> A PRIMO RISCHIO (+1) | 28 |
| SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 10.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 14.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+2) | 29 |
| SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE: NUMERO PROTESI e LIMITE PER DENTE | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 1 LIMITE PER DENTE: € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: € 2.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: ILLIMITATO (+1,50) | 29 |
| RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE - ROTTURA OCCHIALI | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 6.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 8.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 10.000,00 (+1) | 30 |

D) DIARIE E ALTRE SPESE

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|----------|-----------------|----------|
|----------|-----------------|----------|

| | | |
|--|--|-----------|
| DIARIA DA RICOVERO | Importo minimo: € 70.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 31 |
| DAY HOSPITAL | Importo minimo: € 35.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo | 31 |
| DIARIA DA GESSO: Per assenza da scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 540,00/€ 18,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 600,00/€ 20,00 (+0,25) [] € 900,00/€ 30,00 (+1) | 31 |
| DIARIA DA GESSO: Per presenza a scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 450,00/€ 15,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 540,00/€ 18,00 (+0,25) [] € 830,00/€ 27,00 (+1) | 31 |
| SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA MAX 30 GIORNI | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 20,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 40,00 (+0,25) [] € 50,00 (+0,50) | 34 |
| SPESE DI TRASPORTO CASA/ISTITUTO DI CURA MAX 30 GIORNI | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 20,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 40,00 (+0,25) [] € 50,00 (+0,50) | 35 |

E) ALTRE GARANZIE

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|--|-----------|
| DANNO ESTETICO UNA TANTUM | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 700,00 (+0,50) [] € 1000,00 (+0,75) | 33 |
| DANNO ESTETICO | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 5.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 7.000,00 (+0,75) [] € 10.000,00 (+1) | 32 |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AL VESTIARIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) [] € 1.500,00 (+0,25) [] € 2.000,00 (+0,50) | 36 |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A STRUMENTI MUSICALI | Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) [] € 650,00 (+0,25) [] € 750,00 (+0,50) | 36 |

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|--|---------------|
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A SEDIE A ROTELLE E TUTORI PER PORTATORI DI HANDICAP | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.500,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 1.800,00 (+0,50) | 36 |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AD OCCHIALI IN PALESTRA | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 100,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 120,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 130,00 (+0,75) | 36 |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A BICICLETTE | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 120,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 130,00 (+0,50) | 36 |
| SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 2.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 3.500,00 (+0,50) | 37 |
| PERDITA ANNO SCOLASTICO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 6.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 10.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 15.000,00 (+0,50) | 38 |
| POLIOMIELITE - MENINGITE CEREBRO SPINALE/AIDS ED EPATITE VIRALE | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 35.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 45.000,00 (+1) | 39 |
| MASSIMALI EVENTI CATASTROFALI E RISCHIO VOLO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 15.000.000,00 (+1,5) | 40-42 |
| SINISTRI IN ITINERE ART. 23 | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> RIDUZIONE DEL 50% INDENNIZZI MORTE E I.P. (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> RIDUZIONE DEL 25% (+1) <input type="checkbox"/> NESSUNA RIDUZIONE (+2) | 23 |
| ALTRI ASSICURATI* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTI (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PREVISTI (+0,5) | CP n°6 |

F) ESCLUSIONI SEZIONE INFORTUNI

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--|--|-----------|
| DA ABUSO DI PSICOFARMACI, DALL'USO DI STUPEFACENTI O ALLUCINOGENI | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 - Capitolato Tecnico (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ESCLUSIONI PRESENTI ALL' ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 Capitolato Tecnico - POLIZZA PRESTATATA SENZA TALI ESCLUSIONI (+0,25) | 25 |

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--|--|-----------|
| DA OPERAZIONI CHIRURGICHE, ACCERTAMENTI O CURE MEDICHE NON RESI NECESSARI DA INFORTUNIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 - Capitolato Tecnico (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ESCLUSIONI PRESENTI ALL' ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 Capitolato Tecnico - POLIZZA PRESTATATA SENZA TALI ESCLUSIONI (+0,25) | 25 |
| DA GUERRA, INSURREZIONE | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 - Capitolato Tecnico (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ESCLUSIONI PRESENTI ALL' ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 Capitolato Tecnico - POLIZZA PRESTATATA SENZA TALI ESCLUSIONI (+0,25) | 25 |

2) RESPONSABILITA' CIVILE

A) Responsabilità Civile

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|---|----------------|
| MASSIMALE PER SINISTRO RCT/RCO E LIMITE PER ANNO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+3) <input type="checkbox"/> € 25.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+5) | 49 |
| DANNI DA INCENDIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.750.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 8.750.000,00 (+2) | 52 |
| DANNI DA INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITA' | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.000.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 6.250.000,00 (+2) | 52 |
| RC DEGLI ALUNNI IN ITINERE* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+2) | CP N° 4 |
| ALTRI ASSICURATI* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTI (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PREVISTI (+1) | CP N° 5 |

B) RISCHI RESPONSABILITA' CIVILE DELLA SCUOLA DANNI CONSEGUENTI A:

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--|---|-----------|
| MOLESTIE SESSUALI E OGNI TIPO DI DISCRIMINAZIONI E ABUSO SESSUALE | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50) | 56 |

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|--|---|-----------|
| DANNI MORALI, PUR IN ASSENZA DI CONSEGUENZE FISICHE, DISTURBI MENTALI E PSICHICI | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <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 | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <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 | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50) | 56 |

3) ASSISTENZA

A) ASSISTENZA

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|--|-----------------|
| SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 60.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 80.000,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 100.000,00 (+1) | 63 |
| ASSICURAZIONE BAGAGLIO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.500,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 2.000,00 (+1) | 67 |
| ANNULLAMENTO GITE A SEGUITO DI MALATTIA/INFORTUNIO* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 600,00 PER ALUNNO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 1.200,00 PER ALUNNO (+1) | CP n° 3 |
| ANNULLAMENTO CORSI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 500,00 PER ALUNNO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER ALUNNO (+1) | CP n° 2 |
| ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <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° 10 |

4) TUTELA GIUDIZIARIA

A) TUTELA GIUDIZIARIA

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|----------|-----------------|----------|
|----------|-----------------|----------|

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|--|--------------|
| TUTELA LEGALE MASSIMALE PER SINISTRO | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 30.000,00(+0,50) <input type="checkbox"/> € 50.000,00 (+1) | 71-72 |
| TUTELA GIUDIZIARIA: ULTRATTIVITA' | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ULTRATTIVITA' 36 MESI (+0,50) <input type="checkbox"/> ULTRATTIVITA' 60 MESI (+1) | |

5) ALTRE GARANZIE PARTICOLARI

A) ALTRE GARANZIE PARTICOLARI

| Garanzia | Opzione offerta | Rif. art |
|---|--|----------------|
| DANNI OCCHIALI ALUNNI (IN ASSENZA DI INFORTUNIO O RESPONSABILITÀ CIVILE DI TERZI)* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 150,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 250,00 (+1) <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 280,00 (+2) | CP n° 1 |
| DANNI AL VEICOLO DEL REVISORE DEI CONTI* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 3.000,00 PER VEICOLO (+0,25) <input type="checkbox"/> € 10.000,00 PER VEICOLO (+0,50) | CP n° 7 |
| DANNI AL VEICOLO DEL DIPENDENTE IN MISSIONE* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER VEICOLO (+0,25) <input type="checkbox"/> € 5.000,00 PER VEICOLO (+0,50) | CP n° 8 |
| ASSICURAZIONE FURTO PORTAVALORI* | Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER ANNO E PER SINISTRO (0,25) <input type="checkbox"/> € 5.000,00 PER ANNO E PER SINISTRO (+0,50) | CP n° 9 |

*COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI AL CAPITOLATO TECNICO

Luogo _____ Data _____

Timbro e Firma

OFFERTA PREMIO ANNUO LORDO PRO CAPITE
(ALUNNI ED OPERATORI SCOLASTICI)

SI PRECISA CHE L'IMPORTO DEVE RISPETTARE QUANTO PREVISTO all'art. 4 dell' INDAGINE

In cifre € _____ , ____

In lettere € _____

Punteggio **PREMIO ASSICURATIVO** :

*FIRMA PER CONFERMA ED ACCETTAZIONE**
(DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O DI PROCURATORE FORNITO DEI POTERI NECESSARI)

**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.