Procedura aperta per l’affidamento dei servizi assicurativi

del Comune di Serramazzoni

**DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL CAPITOLATO SPECIALE**

**E INDICAZIONI DI OPZIONI MIGLIORATIVE**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

**(da inserire nella busta virtuale – "offerta tecnica")**

CIG 7894288C88

**Oggetto: Offerta tecnica per l’affidamento dei servizi assicurativi del Comune di Serramazzoni – Lotto n. 4 Infortuni**

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

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

Residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante / procuratore fornito dei poteri necessari dell’impresa offerente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(barrare la casella che interessa)

di accettare integralmente **senza alcuna riserva, né restrizione** tutte le clausole e le condizioni previste dal Capitolato Speciale tecnico pertanto senza accettare alcuna variante migliorativa;

**N.B. All'integrale accettazione delle condizioni del capitolato di assicurazione (assenza di opzione per qualsiasi variante proposta nel presente modello) sono assegnati punti 0 ( zero).**

in alternativa

di accettare la/e seguente/ variante/i migliorativa/e alle condizioni del capitolato tecnico. E’ richiesto di barrare la casella prescelta per ogni tipologia di variante:

**Varianti: punteggio massimo 70 punti – Barrare l’opzione prescelta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 1** | | |
| **Opzioni** | **Art. 1.5 (Recesso in caso di sinistro) rinuncia alla facoltà - o elevazione dei termini - di recesso da parte della Compagnia** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o contestazione o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni … omissis ….  . | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | Elevazione del termine di preavviso di recesso per sinistro da parte della Compagnia, da 180 a 240 giorni | 5 |  |
| Variante B | Rinuncia della Compagnia alla facoltà di recesso per sinistro | 15 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 2** | | |
| **Opzioni** | **Art. 2.15 (Rimborso spese sanitarie) - elevazione massimale assicurato relativamente alle Sezioni A/B/C/D/E** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | € 2.500,00 | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | Elevazione del massimale a € 3.000,00 | 10 |  |
| Variante B | Elevazione del massimale a € 5.000,00 | 20 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 3** | | |
| **Opzioni** | **Art. 2.15 (Rimborso spese sanitarie) - elevazione limite di indennizzo per spese per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, rese necessarie da infortunio** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | Limite di indennizzo pari al 50% del massimale assicurato per Rimborso spese sanitarie | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | Elevazione del limite di indennizzo dal 50% al 75% del massimale assicuratoper Rimborso spese sanitarie, compreso e non in aggiunta al detto massimale | 3 |  |
| Variante B | Elevazione del limite di indennizzo dal 50% al 100% del massimale assicurato per Rimborso spese sanitarie, compreso e non in aggiunta al detto massimale | 5 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 4** | | |
| **Opzioni** | **Art. 2.15 (Rimborso spese sanitarie) - elevazione limite di indennizzo per spese per acquisto di lenti e relativa montatura** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | Limite di indennizzo pari al 50% del massimale assicurato per Rimborso spese sanitarie | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | Elevazione del limite di indennizzo dal 50% al 75% del massimale assicurato per Rimborso spese sanitarie, compreso e non in aggiunta al detto massimale | 3 |  |
| Variante B | Elevazione del limite di indennizzo dal 50% al 100% del massimale assicurato per Rimborso spese sanitarie, compreso e non in aggiunta al detto massimale | 5 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 5** | | |
| **Opzioni** | **Art. 2.24 (Limite catastrofale) – elevazione limite** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *€ 5.000.000,00* | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | € 6.500.000,00 | 5 |  |
| Variante B | € 8.000.000,00 | 10 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 6** | | |
| **Opzioni** | **Art. 3.6 (Danni estetici) – elevazione limite di indennizzo** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *€ 10.000,00* | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | € 12.500,00 | 3 |  |
| Variante B | € 15.000,00 | 5 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Variante n. 7** | | |
| **Opzioni** | **Art. 3.7 (Franchigia per il caso di invalidità permanente) – riduzione o abrogazione** | **Punteggio** | **Indicare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *5% su somme assicurate eccedenti € 250.000,00*  *3% per Assicurati di età >80 anni ma <85 anni*  *5% per Assicurati di età >85 anni* | *0* | ***//////////*** |
| Variante A | Riduzione, dal 5% al 3%, delle franchigie previsteal 2° comma nonché al 4° comma secondo alinea | 5 |  |
| Variante B | Abrogazione delle franchigie previste dall’ Art. 3.7 | 10 |  |

A tal fine dichiara che l’offerta viene presentata:

singolarmente

in RTI costituendo con le imprese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in RTI costituito con le imprese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in coassicurazione (precisare di seguito le quote del riparto):

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quota      \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quota      \_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_quota      \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo, data Il/I dichiarante/I

     \_\_\_\_\_\_\_\_

***FIRMA*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***FIRMA*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***FIRMA*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N.B. In caso di coassicurazione, di raggruppamento temporaneo o di consorzio ordinario non ancora costituiti ,il presente Modulo dovrà essere sottoscritto DIGITALMENTE , PENA L'ESCLUSIONE, dai rappresentanti legali di tutte le imprese partecipanti**