|  |
| --- |
| **SCHEDA DI**  **OFFERTA TECNICA**  **Lotto 3**  **Assicurazione**  **Infortuni**  **GARA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI COPERTURA ASSICURATIVA** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Stazione appaltante:** | Comune di Cernusco sul Naviglio |
| **Amministrazione aggiudicatrice:** | Comune di Cernusco sul Naviglio |
| **Oggetto dell’appalto:** | Affidamento dei servizi assicurativi dell’Amministrazione Aggiudicatrice. |
| **Procedura:** | Aperta ex art. 71 del D. Lgs. 36/2023 |
| **Criterio di aggiudicazione:** | Offerta economicamente più vantaggiosa ex art. 108, comma 1, del D.Lgs. 36/2023 |
| **Codice identificativo gara (CIG):** | A00D41981E |

***SCHEDA DI OFFERTA TECNICA***

***GARA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI COPERTURA ASSICURATIVA***

***ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA***

Il sottoscritto: ......................................................................................................................................................

codice fiscale: ......................................................................................................................................................

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

domiciliato per la carica presso la sede societaria, nella sua qualità di:**[[1]](#footnote-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 in oggetto;
* consapevole che non sono ammesse ulteriori varianti al capitolato speciale di polizza, salvo l’eventuale accettazione della condizione contrattuale indicata come “Opzione migliorativa”;
* dichiarando di aver preso piena e integrale conoscenza del capitolato speciale di polizza e di accettarne tutte le condizioni, salvo le varianti sotto riportate, alle quali saranno attribuiti i punteggi definiti nei criteri di valutazione di cui alla documentazione di gara

**PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA**

Con riferimento a ciascuno degli elementi di valutazione elencati in tabella, il concorrente offre:

| **Elemento di valutazione** | **Valore di riferimento/opzione base** | **Offerta** | **Punteggio** |
| --- | --- | --- | --- |
| **EV1** | Recesso per sinistro (Opzione base) | Accettazione opzione migliorativa  *Il recesso per sinistro non si applica al presente contratto*  □ sì □ no | 15 |
| **EV2** | Sezione 3 Art. 4  Art.4 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili (Opzione base)  persone di età superiore a ottant’anni | Accettazione opzione migliorativa  persone di età superiore a ottantacinque anni per la sola categoria f) utenti dei sevizi sociali  □ sì □ no | 15 |
| **EV3** | Invalidità permanente grave (opzione base)  In caso di valutazione della invalidità permanente di grado pari o superiore al 75%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata | Accettazione opzione migliorativa  *In caso di valutazione della invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata*  □ sì □ no | 20 |
| **EV4** | 1. ***CONDUCENTI E TRASPORTATI SU MEZZI ENTE***   ***B - PERSONE IN MISSIONE – DIPENDENTI USO MEZZO PROPRIO***  (opzione base)  Morte: € 160.000,00  Invalidità permanente: € 200.000,00  Rimborso spese mediche: € 2.500,00 | Accettazione opzione migliorativa  *Morte: € 250.000,00*  *Invalidità permanente: € 250.000,00*  *Rimborso spese mediche: € 2.500,00*  □ sì □ no | 20 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | Firma digitale sottoscrittore |

* *A pena di esclusione, le dichiarazioni sostitutive di cui sopra devono essere sottoscritte digitalmente dal legale rappresentante del concorrente.*
* *Le dichiarazioni possono essere sottoscritte da un procuratore legale del rappresentante. In tal caso si deve allegare anche la relativa procura.*
* *Nel caso di raggruppamenti temporanei o consorzi non ancora costituiti, imprese in coassicurazione le dichiarazioni di cui sopra devono essere sottoscritte digitalmente da tutti gli operatori economici che costituiranno i raggruppamenti temporanei o i consorzi ordinari.*

1. **Amministratore munito dei poteri di rappresentanza, procuratore, institore, altro.** [↑](#footnote-ref-1)