**GARA A PROCEDURA APERTA SOPRA SOGLIA PERL’AFFIDAMENTO IN APPALTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELL’AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA ISCRITTO ALL’ENTE E DELLE COPERTURE ASSICURATIVE INTEGRATIVE – CIG 7692033270**

SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA

L’Impresa sottoscritta si obbliga a fornire il servizio di copertura assicurativa alle condizioni economiche di seguito riportate.

L’Impresa dichiara di aver preso conoscenza di tutte le condizioni che influiscono nella determinazione dei premi e delle condizioni contrattuali, confermando che tali condizioni hanno consentito di formulare l’offerta.

Le informazioni sotto indicate saranno trattate ai sensi del Dlgs. 30.06.2003 n. 196.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parametro per il calcolo del premio** | Premio lordo annuo per ogni assicurato | PREMIO ANNUO LORDO TOTALE*(*in cifre)  |
| Assicurati n 31.250 (\*) | *€…………………..* | € ..………………………….………..= |

(\*) il numero degli assicurati è da considerarsi presunto alla data di pubblicazione della presente procedura. L’effettivo stato di rischio verrà fornito all’impresa aggiudicataria al momento dell’attivazione della copertura.

Premio annuo lordo (in lettere): €……………………

Indicare i costi aziendali concernenti l’adempimento delle disposizioni in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, ex comma 10 dell’art. 95 del D.Lgs. 50/2016, già compresi nel premio annuo lordo totale suindicato: €………………………..

## **Denominazione sociale della Impresa offerente**

## …………………………………….………………………………………………………………………………………….

Codice Fiscale ………………………………………… Partita IVA ……….……………………………………………..

## Sede legale ……………………………………………………………………………………………………….………...

**Indicazione degli eventuali coassicuratori/mandanti in caso di coassicurazione/RTI**

## **Denominazione sociale della Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE / RTI**

## **(Coassicuratrice/Mandante**)…………………………………….…………………… Percentuale di ritenzione ………………

Codice Fiscale ………………………………………… Partita IVA ………………………………………………….………..

Sede legale …………………………………………………………………………………………………….………................

## **Denominazione sociale della Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE / RTI**

## **(Coassicuratrice/Mandante**)…………………………………….…………………… Percentuale di ritenzione ………………

Codice Fiscale ………………………………………… Partita IVA …………………………………………………………….

Sede legale …………………………………………………………………………………………………….……….................

**Timbro e firma dell’impresa offerente, in forma singola o in qualità di delegataria/mandataria e qualifica del sottoscrittore (\*)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Timbro e firma dell’impresa coassicuratrice / mandante e qualifica del sottoscrittore (\*)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Timbro e firma dell’impresa coassicuratrice / mandante e qualifica del sottoscrittore (\*)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data………………………

*(\*) Qualora venga sottoscritta* ***da un procuratore*** *dovrà essere allegata copia dell’atto di procura.*

*Alla presente dichiarazione deve essere allegata copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del/i soggetto/i firmatario/i.*