**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 TECNICA

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

L’impresa dichiara di accettare integralmente le condizioni normative contenute nei capitolati di polizza 

**o in alternativa**

di integrare le condizioni normative contenute del Capitolato di Polizza con una o più delle seguenti varianti (barrare quelle di interesse), così come riportato nel Disciplinare di Gara, indicando:

**1**) **Strutture abilitate al ricovero**:

Da 181 a 200 strutture 

Da 201 a 220 strutture 

Oltre 220 strutture 

**2) Centri medici distribuiti su almeno 70 province italiane, comprese le principali isole (Sicilia e Sardegna):**

Da 401 a 500 strutture 

Da 501 a 600 strutture 

Oltre 600 strutture 

**3) Centri medici distribuiti su tutte le provincie italiane:**

SI 

**4) Medici convenzionati** **diversi dai dentisti distribuiti su almeno 70 province italiane, comprese le principali isole (Sicilia e Sardegna):**

Da 2001 a 3000 medici 

Da 3001 a 4000 medici 

Oltre 4000 medici 

**5) Medici convenzionati diversi dai dentisti distribuiti su tutte le provincie italiane:**

SI 

**6) Riduzione della tempistica di liquidazione rispetto ai 30 giorni previsti nel Capitolato:**

Riduzione a 20 giorni 

**7) Eliminazione della franchigia temporale relativa alla diaria da ricovero con intervento:**

SI 

**8) Riduzione dello scoperto per sinistro del 20% previsto per le spese mediche da infortunio a seguito atti violenti:**

riduzione al 10% 

**9) Inserimento nel pacchetto prevenzione dell’igienizzazione dentale**

SI 

**10) Grandi Interventi: introduzione di un limite massimo per lo scoperto previsto nel capitolato**

€ 2.500,00 

**11) Aumento del massimale relativo alle prestazioni di Alta specializzazione**

Aumento da € 4.000,00 ad €……………………

**12) Aumento del massimale relativo ai Grandi Interventi Chirurgici**

Aumento da € 40.000,00 ad €……………………

**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.*