|  |
| --- |
| *Bollo euro 16,00* |

**Allegato D3**

**OGGETTO: SUA VE per conto del Comune di San Donà di Piave VE. Procedura aperta per l’affidamento dei “servizi assicurativi a favore dell’Ente periodo 30/9/2017-30/9/2020” del Comune di San Donà di Piave. Lotto 1 All Risks CIG: 7051000D42 – lotto 2 RCT/O CIG: 70510148D1 – lotto 3 Infortuni CIG: 705102738D – lotto 4 Auto rischi diversi (incendio-furto-kasko veicoli) CIG 7051034952 - lotto 5 RC auto – LM CIG 7051041F17.**

**SCHEDA PUNTEGGI LOTTO 3 – INFORTUNI**

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto/a |  |
| nato/a |  |
| il |  |
| residente a |  |
| in via |  |
| in qualità di |  |
| della Società assicuratrice |  |
| con sede in |  |
| via |  |
| telefono n. |  |
| telefax n. |  |
| Codice Fiscale |  |
| Partita IVA |  |

**DICHIARA DI PRESENTARE LA SEGUENTE OFFERTA**:

*(selezionare l’opzione scelta*)

* **SINGOLARMENTE;**
* **IN RAGGRUPPAMENTO TEMPORANEO DI IMPRESE**
* **IN COASSICURAZIONE**
* **ALTRO…………………………………………….**

**Con le seguenti Società Assicuratrici e con le quote % rispettivamente indicate:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Denominazione Società** | **Livello minimo della quota di ritenzione** | **Percentuale di ritenzione (%)** |
| **Mandataria/Delegataria** |  | non inferiore al 60% |  |
| **Mandante/Coassicuratrice** |  | non inferiore al 20% |  |
| **Mandante/Coassicuratrice** |  | non inferiore al 20% |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTI QUANTITATIVI - max punti 70** | | | | |
| **REQUISITO PREMIATO** | | **OPZIONI** | **PUNTEGGIO ATTRIBUITO** | **OPZIONE OFFERTA**  ***(apporre una X in corrispondenza dell’opzione offerta)*** |
| 1 | Limite di indennizzo per evento catastrofale  Sez.3 – Art. 10bis | Opzione base € 10.000.000,00 | 0 |  |
| Opzione 1) € 20.000.000,00 | 10 |  |
| Opzione 2) € 30.000.000,00 | 20 |  |
|  | | | |  |
| 2 | Franchigia in caso di Invalidità Permanente | Opzione base:   * Sulla parte di somma assicurata fino ad € 100.000,00, non verrà applicata alcuna franchigia; * Sulla parte di somma assicurata eccedente € 100.000,00, verrà applicata una franchigia fissa di 5 (cinque) punti percentuali;   Nel caso in cui l’invalidità permanente sia di grado superiore a 25 (venticinque) punti percentuali della totale, la Società liquiderà l’indennità senza l’applicazione di alcuna franchigia | 0 |  |
| Opzione 1):   * Sulla parte di somma assicurata fino ad € 200.000,00, non verrà applicata alcuna franchigia; * Sulla parte di somma assicurata eccedente € 200.000,00, verrà applicata una franchigia fissa di 5 (cinque) punti percentuali;   Nel caso in cui l’invalidità permanente sia di grado superiore a 25 (venticinque) punti percentuali della totale, la Società liquiderà l’indennità senza l’applicazione di alcuna franchigia | 20 |  |
| Opzione 2): nessuna franchigia | 35 |  |
|  | | | |  |
| 3 | Franchigia per Rimborso Spese Mediche | Opzione base: € 75,00 per sinistro / assicurato | 0 |  |
| Opzione 1: € 50 per sinistro/ assicurato | 5 |  |
| Opzione 2): nessuna franchigia | 15 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFFERTA ECONOMICA - max punti 30** | | | | |
| **Categoria** | **Indicatori** | **dato variabile** | **Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato** | **Totale Euro** |
| Art.1.1 - Amministratori e altri soggetti | Numero assicurati | 31 |  |  |
| Art.1.2 - Obblighi assicurativi ex D.P.R.333/90 – CCNL | Km percorsi | 3.000 |  |  |
| Art.1.3 - Conducenti dei veicoli\* di proprietà dell'Ente. | Numero veicoli**\***assic. | 53 |  |  |
| Art.1.4 - Volontari della protezione civile e monitori | Numero di assicurati | 35 |  |  |
| Art. 1.5 - Volontari in genere | Numero di assicurati | 5 |  |  |
| Art. 1.6 - Minori in affido | Numero di assicurati | 5 |  |  |

Veicoli**\*:** Per veicoli si deve intendere l’intero parco veicoli di proprietà del Contraente, anche quelli in comodato e/o

leasing, ad esclusione dei: rimorchi e motore marino.

**Per un premio annuo lordo totale di € ………………………………………………………………………….** *(in cifre)*

**………………………………………………………………………………………………………………………………………** *(in lettere).*

***Dettaglio Scomposizione del premio***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Premio annuo imponibile** | € |  |
| **Imposte** | € |  |
| **TOTALE** | € |  |

Data, ……………………………….

TIMBRO E FIRMA DELLA CONCORRENTE

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

TIMBRO E FIRMA DELLA MANDANTE/COASSICURATRICE

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

TIMBRO E FIRMA DELLA MANDANTE/COASSICURATRICE

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