

ALLEGATO 3 - SCHEDA PREVENTIVO

Spett.le
ISTITUTO COMPRENSIVO F. BERNAGOZZI
Codice Ministeriale: FEIC824002
P.ZZA XX SETTEMBRE, 17
44015 - PORTOMAGGIORE - FE

SCHEDA PREVENTIVO PRESENTATA DA: _____

1) SEZIONE INFORTUNI

A) PREMORIENZA

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
MORTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA)	Importo minimo: € 300,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+3.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	26

B) INVALIDITA' PERMANENTE E MODALITA' DI CALCOLO

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
INVALIDITA' PERMANENTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA PERSONA ESCLUSO OGNI FORMA DI CAPITALE AGGIUNTIVO)	Importo minimo: € 300,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+3.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	27
VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 1° AL 5°	Importo minimo: € 1,050.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+2.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	27
VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 6° AL 15°	Importo minimo: € 1,500.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+2.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	27
VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 16° AL 25°	Importo minimo: € 2,100.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	27

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITA' PERMANENTE dal 26° AL 99°	Importo minimo: € 3,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	27
CAPITALE AGGIUNTIVO ALLA SOMMA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE OFFERTA ALLA SUB-SEZIONE b) SUPERIORE AL 75%	Importo minimo: € 100,000.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	27
EROGAZIONE INTERA SOMMA ASSICURATA PER INV. PERM. OFFERTA ALLA SUB-SEZIONE b) SE ACCERTATA AL	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> 100% (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> 60% (+0,75) <input type="checkbox"/> 45% (+1,50)	27

C) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 90.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 120.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> € 150.000,00 (+2)	28
OPERATIVITA' RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> A SECONDO RISCHIO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> A PRIMO RISCHIO (+1)	28
SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 24.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> € 30.000,00 (+2)	29
SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE: NUMERO PROTESI e LIMITE PER DENTE	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 1 LIMITE PER DENTE: € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: € 2.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: ILLIMITATO (+1,50)	29
RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE - ROTTURA OCCHIALI	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 8.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 12.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 15.000,00 (+1)	30

D) DIARIE E ALTRE SPESE

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DIARIA DA RICOVERO	Importo minimo: € 120.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.5) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	31
DAY HOSPITAL	Importo minimo: € 60.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $Ci = Cm (+1.0) \times Oi/Ob$ dove: Ci = punti assegnati; Cm = Coefficiente in parentesi; Oi = importo offerto; Ob = importo minimo	31
DIARIA DA GESSO: Per assenza da scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 900,00/€ 35,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 1.200,00/€ 40,00 (+0,25) [] € 1.600,00/€ 50,00 (+1)	31
DIARIA DA GESSO: Per presenza a scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 600,00/€ 15,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 700,00/€ 20,00 (+0,25) [] € 830,00/€ 50,00 (+1)	31
SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA MAX 30 GIORNI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 60,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 70,00 (+0,25) [] € 90,00 (+0,50)	34
SPESE DI TRASPORTO CASA/ISTITUTO DI CURA MAX 30 GIORNI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 60,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 70,00 (+0,25) [] € 90,00 (+0,50)	35

E) ALTRE GARANZIE

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DANNO ESTETICO UNA TANTUM	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 1.500,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 1.600,00 (+0,50) [] € 1.800,00 (+0,75)	33
DANNO ESTETICO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 12.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 15.000,00 (+0,75) [] € 18.000,00 (+1)	32
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AL VESTIARIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 2.300,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 2.600,00 (+0,25) [] € 3.000,00 (+0,50)	36
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A STRUMENTI MUSICALI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 700,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 850,00 (+0,25) [] € 1.000,00 (+0,50)	36

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A SEDIE A ROTELLE E TUTORI PER PORTATORI DI HANDICAP	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 3.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 3.500,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 4.000,00 (+0,50)	36
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AD OCCHIALI IN PALESTRA	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 250,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 280,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 300,00 (+0,75)	36
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A BICICLETTE	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 750,00 (+0,50)	36
SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 3.500,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 4.500,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 6.000,00 (+0,50)	37
PERDITA ANNO SCOLASTICO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 16.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 18.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+0,50)	38
POLIOMIELITE - MENINGITE CEREBRO SPINALE/AIDS ED EPATITE VIRALE	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 40.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 50.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 60.000,00 (+1)	39
MASSIMALI EVENTI CATASTROFALI E RISCHIO VOLO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 15.000.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 25.000.000,00 (+1,5)	40-42
SINISTRI IN ITINERE ART. 23	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> RIDUZIONE DEL 50% INDENNIZZI MORTE E I.P. (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> RIDUZIONE DEL 25% (+1) <input type="checkbox"/> NESSUNA RIDUZIONE (+2)	23
ALTRI ASSICURATI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTI (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PREVISTI (+0,5)	CP n°6

2) RESPONSABILITA' CIVILE

A) Responsabilità Civile

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
MASSIMALE PER SINISTRO RCT/RCO E LIMITE PER ANNO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 5.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+3) <input type="checkbox"/> € 25.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+5)	49
DANNI DA INCENDIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.750.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 8.750.000,00 (+2)	52
DANNI DA INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITA'	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.000.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> PRESTATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 6.250.000,00 (+2)	52
RC DEGLI ALUNNI IN ITINERE*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+2)	CP N° 4
ALTRI ASSICURATI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTI (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> PREVISTI (+1)	CP N° 5

3) ASSISTENZA

A) ASSISTENZA

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 100.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 120.000,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 150.000,00 (+1)	63
ASSICURAZIONE BAGAGLIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.500,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 2.000,00 (+1)	67
ANNULLAMENTO GITE A SEGUITO DI MALATTIA/INFORTUNIO*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.500,00 PER ALUNNO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 3.000,00 PER ALUNNO (+1)	CP n° 3
ANNULLAMENTO CORSI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 500,00 PER ALUNNO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER ALUNNO (+1)	CP n° 2

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 25.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 40.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+1)	CP n° 10

4) TUTELA GIUDIZIARIA

A) TUTELA GIUDIZIARIA

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
TUTELA LEGALE MASSIMALE PER SINISTRO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 40.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 60.000,00(+0,50) <input type="checkbox"/> € 100.000,00 (+1)	71-72
TUTELA GIUDIZIARIA: ULTRATTIVITA'	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ULTRATTIVITA' 36 MESI (+0,50) <input type="checkbox"/> ULTRATTIVITA' 60 MESI (+1)	

5) ALTRE GARANZIE PARTICOLARI

A) ALTRE GARANZIE PARTICOLARI

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DANNI OCCHIALI ALUNNI (IN ASSENZA DI INFORTUNIO O RESPONSABILITÀ CIVILE DI TERZI)*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 200,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 300,00 (+1) <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 350,00 (+2)	CP n° 1
DANNI AL VEICOLO DEL REVISORE DEI CONTI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 3.000,00 PER VEICOLO (+0,25) <input type="checkbox"/> € 10.000,00 PER VEICOLO (+0,50)	CP n° 7
DANNI AL VEICOLO DEL DIPENDENTE IN MISSIONE*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER VEICOLO (+0,25) <input type="checkbox"/> € 5.000,00 PER VEICOLO (+0,50)	CP n° 8
ASSICURAZIONE FURTO PORTAVALORI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 1.000,00 PER ANNO E PER SINISTRO (0,25) <input type="checkbox"/> € 5.000,00 PER ANNO E PER SINISTRO (+0,50)	CP n° 9

***COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI AL CAPITOLATO TECNICO**

Luogo _____ Data _____

Timbro e Firma

**OFFERTA PREMIO ANNUO LORDO PRO CAPITE
(ALUNNI ED OPERATORI SCOLASTICI)**

SI PRECISA CHE L'IMPORTO DEVE RISPETTARE QUANTO PREVISTO all'art. 4 dell' INDAGINE

In cifre € _____ , __

In lettere € _____

Punteggio PREMIO ASSICURATIVO :

FIRMA PER CONFERMA ED ACCETTAZIONE*
(DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O DI PROCURATORE FORNITO DEI POTERI NECESSARI)

*IN CASO DI R.T.I. O COASSICURAZIONE, LA SOTTOSCRIZIONE DOVRÀ ESSERE APPOSTA:

- [] DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O PROCURATORE SPECIALE DELLA COMPAGNIA MANDATARIA IN CASO DI R.T.I. GIÀ COSTITUITO;
- [] DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O PROCURATORE SPECIALE DI TUTTE LE COMPAGNIE RAGGRUPPANDI IN CASO DI R.T.I. NON ANCORA COSTITUITO;
- [] DAL LEGALE RAPPRESENTANTE O PROCURATORE SPECIALE DELLA COMPAGNIA DELEGATARIA IN CASO DI COASSICURAZIONE.