

| |
|---|
| Documento B1 Scheda di offerta Tecnica |
|---|

Spett.le _____

Oggetto: Offerta per l'affidamento dei servizi assicurativi, Infortuni e Responsabilità Civile

CIG n° _____

Il sottoscritto

nato a il

in qualità di Procuratore Rappresentante della Compagnia

Amministratore/Procuratore della Società Proponente

OFFRE:

-

| Voce | Presente SI/NO | NOTE |
|---|---|------|
| Estensione delle coperture alle attività di Didattica a Distanza. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Estensione delle coperture alle attività di Smart Working. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

-

| INVALIDITA PERMANENTE DA INFORTUNIO. VALUTAZIONE PERCENTUALE | | | | | | | | | |
|--|------|---------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| Punti % | Euro | Punti % | Euro | Punti% | Euro | Punti% | Euro | Punti% | Euro |
| 1 | | 21 | | 41 | | 61 | | 81 | |
| 2 | | 22 | | 42 | | 62 | | 82 | |
| 3 | | 23 | | 43 | | 63 | | 83 | |
| 4 | | 24 | | 44 | | 64 | | 84 | |
| 5 | | 25 | | 45 | | 65 | | 85 | |
| 6 | | 26 | | 46 | | 66 | | 86 | |
| 7 | | 27 | | 47 | | 67 | | 87 | |
| 8 | | 28 | | 48 | | 68 | | 88 | |
| 9 | | 29 | | 49 | | 69 | | 89 | |
| 10 | | 30 | | 50 | | 70 | | 90 | |
| 11 | | 31 | | 51 | | 71 | | 91 | |
| 12 | | 32 | | 52 | | 72 | | 92 | |
| 13 | | 33 | | 53 | | 73 | | 93 | |
| 14 | | 34 | | 54 | | 74 | | 94 | |
| 15 | | 35 | | 55 | | 75 | | 95 | |
| 16 | | 36 | | 56 | | 76 | | 96 | |
| 17 | | 37 | | 57 | | 77 | | 97 | |
| 18 | | 38 | | 58 | | 78 | | 98 | |
| 19 | | 39 | | 59 | | 79 | | 99 | |
| 20 | | 40 | | 60 | | 80 | | 100 | |

-

Note politiche liquidative

| Invalidità permanente da infortunio in Itinere | | Invalidità permanente da infortunio educazione fisica | |
|--|------|---|------|
| Punti | Euro | Punti | Euro |
| 1% | | 1% | |
| 10% | | 10% | |
| 20% | | 20% | |
| 40% | | 40% | |
| 60% | | 60% | |
| 80% | | 80% | |
| 100% | | 100% | |

| Garanzie accessorie infortuni. | | | |
|--|--|--|--|
| Caso morte | | Diaria ricovero max per giorno/max gg. | |
| Spese mediche. Massimale | | Diaria gesso max per giorno/max gg. | |
| Spese odontoiatriche. Massimale | | Danno estetico Indennizzo 1% | |
| 1° ricostruzione provvisoria. limite per dente | | Danno estetico Indennizzo 2% | |
| 2° ricostruzione provvisoria. limite per dente | | Danno estetico Indennizzo 3% | |
| 3° ricostruzione provvisoria. limite per dente | | Danno estetico Indennizzo 5% | |
| Prima protesi futura. limite per dente | | Danno estetico Indennizzo 10% | |
| Tabella valutazione danno odontoiatrico | | Danno estetico Indennizzo 30% | |
| Rischio itinere esclusioni | | All Risk Occhiali. Max per occhiale/evento | |

| RESPONSABILITÀ CIVILE DELL'ISTITUTO | | RESPONSABILITÀ CIVILE DEI GENITORI. | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Massimale | | Massimale | |
| Franchigia | | Franchigia | |
| Scoperto | | Scoperto | |

Note

L'offerta è composta dalla seguente documentazione allegata (barrare la casella interessata):

☐ CGA generali, particolari e speciali di contratto *Infortuni Mod.*_____ *RCT Mod.*_____

☐ Appendici _____

☐ Tabella dei massimali e delle prestazioni regolarmente siglata dal procuratore

☐ 3 Frontespizi di polizza debitamente sottoscritti dal legale rappresentante della Società Proponente

☐ Ulteriore documentazione esplicativa (Specificare)

Data ____/____/____

Timbro e firma del proponente