

| |
|--|
| SCHEDA OFFERTA ECONOMICA POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI |
|--|

Con la presentazione della presente offerta economica l'Impresa/e di Assicurazioni dichiara/no l'accettazione incondizionata del Capitolato di Polizza sopraindicato e di tutta la documentazione di gara.

L'Impresa di Assicurazioni dichiara/no altresì 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.

| Categoria | Tipo dato variabile | Premio lordo o tasso lordo applicato | Totale premio annuo lordo |
|---|---|--|----------------------------------|
| CAT. A) MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI | n. 80 assicurati preventivi | Per assicurato €..... | €.....= |
| CAT. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI | n. 25 assicurati preventivi | Per assicurato €..... | €.....= |
| CAT. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE | n. 70 assicurati preventivi | Per assicurato €..... | €.....= |
| CAT. D) BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI | n. 10 assicurati preventivi | Per assicurato €..... | €.....= |
| CAT. E) MEDICI VETERINARI AMBULATORIALI | n. 5 assicurati preventivi | Per assicurato €..... | €.....= |
| CAT. F) MEDICI DI GUARDIA MEDICA TURISTICA | n. 8 assicurati preventivi | Per assicurato €..... | €.....= |
| CAT. G) DONATORI DI SANGUE ECC. | Numero di donazioni 15.000 | Per ogni donazione €..... | €.....= |
| CAT. H) DIPENDENTI IN MISSIONE | preventivo percorrenza veicoli propri km 900.000= n. 110 veicoli di proprietà/uso della Contraente | a. Per ogni chilometro €..... b. Per ogni veicolo € | €.....= €.....= |
| CAT. I) MEDICI SPECIALIZZANDI UNIVERSITARI | Numero 0 Assicurati | Per Assicurato €..... | €.....= |
| CAT. L) UTENTI PORTATORI DI HANDICAP PSICOFISICI | Numero 0 Assicurati | Per Assicurato €..... | €.....= |
| CAT. M) VOLONTARI | Numero 1 Assicurati | Per Assicurato €..... | €.....= |
| CAT. N) MEDICI DI ALTRE AZIENDE DEL SSN | Numero 1 Assicurati | Per Assicurato €..... | €.....= |
| TOTALE PREMIO ANNUO LORDO | | | €.....= |

Premio lordo annuo (in lettere)

Euro _____

Denominazione sociale della Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COMPAGNIA SINGOLA

.....
Codice Fiscale Partita IVA
Sede legale

Denominazione sociale della Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE

(Delegataria/Mandataria).....
Codice Fiscale Partita IVA
Sede legale

Denominazione sociale della Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE

(Coassicuratrice/Mandante).....
Codice Fiscale Partita IVA
Sede legale

Denominazione sociale della Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE

(Coassicuratrice/Mandante).....
Codice Fiscale Partita IVA
Sede legale

Ripartizione della polizza (deve essere dichiarata la sottoscrizione del 100% del rischio) da compilare anche in caso di sottoscrizione del rischio al 100% da parte di Impresa di Assicurazioni singola

| Impresa di Assicurazione | | Percentuale di ritenzione |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | Compagnia Singola | 100% |
| | Delegataria/Mandataria | |
| | Coassicuratrice/Mandante | |
| | Coassicuratrice/Mandante | |
| | Coassicuratrice/Mandante | |

data

Timbro delle Imprese di Assicurazioni - Firma e qualifica del sottoscrittore (1)

*(1) L'offerta deve essere firmata con nome e cognome per **esteso e leggibile** da un legale rappresentante, allegando copia fotostatica della carta d'identità del dichiarante e, nel caso di sottoscrizione da parte di un procuratore, della copia fotostatica della procura*