

SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA

L'Impresa di Assicurazioni sottoscritta si obbliga a fornire i seguenti servizi di copertura assicurativa:

L'Impresa di Assicurazioni dichiara 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 D.Lgs. 30.06.2003 n. 196.

TOTALE OFFERTA ECONOMICA

Lotto 4 - ALL RISKS PATRIMONIO	€.....=
Lotto 1 - INFORTUNI	€.....=
TOTALE OFFERTA ECONOMICA ANNUA LORDA	€.....=

Come da specifica allegata per ciascuna polizza.

Data

Timbro dell' Impresa 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

ALL RISKS PATRIMONIO

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.

Partita	Enti Assicurati	Somme Assicurate	Tasso Lordo % <i>c</i>	Premio Lordo Annuo (in cifre)
1	Beni Immobili	€ 160.000.000,00		€.....=
2	Beni Mobili	€ 32.000.000,00		€.....=
3	Beni Elettronici	€ 46.000.000,00		€.....=
4	Supporti Dati	€ 50.000,00		€.....=
5	Furto e Rapina	€ 150.000,00		€.....=
Totale Premio Lordo Annuo comprensivo di imposte				€.....=

Premio lordo annuo (in lettere)

Euro _____

Denominazione sociale dell'Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COMPAGNIA SINGOLA

.....
 Codice Fiscale Partita IVA

Sede legale

Denominazione sociale dell'Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE o R.T.I.

(Delegataria o Mandataria).....

Codice Fiscale Partita IVA

Sede legale

Denominazione sociale dell'Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE o R.T.I.

(Coassicuratrice o Mandante).....

Codice Fiscale Partita IVA

Sede legale

Denominazione sociale dell'Impresa di Assicurazioni offerente in caso di COASSICURAZIONE o R.T.I.

(Coassicuratrice o 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	

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

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. 90 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. B) MEDICI ADDETTI ALLA MEDICINA DEI SERVIZI E FISCALI	n. 30 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. C) MEDICI CHE ESPLICANO IL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	n. 80 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. 7 assicurati preventivi	Per assicurato €.....	€.....=
CAT. G) DONATORI DI SANGUE ECC.	Numero di donazioni 15.000	Per ogni donazione €.....	€.....=
CAT. H) DIPENDENTI IN MISSIONE	a. preventivo percorrenza veicoli propri km 700.000= b. n. 110 veicoli di proprietà/uso della Contraente	a. Per ogni chilometro €..... b. Per ogni veicolo €	€.....= €.....=
CAT. I) MEDICI SPECIALIZZANDI UNIVERSITARI	Numero 7 Assicurati	Per Assicurato €.....	€.....=
CAT. L) UTENTI PORTATORI DI HANDICAP PSICOFISICI	Numero 50 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