



## ALLEGATO N. 4

### SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA - LOTTO UNICO

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

- |  |
|--|
| A) RIMBORSO SPESE MEDICHE<br>B) INFORTUNI CUMULATIVA |
|--|

<b>L'Impresa di Assicurazioni dichiara di accettare integralmente, e di aver preso conoscenza, di tutte le condizioni contrattuali contenute nel capitolato di polizza, confermando che tali condizioni hanno consentito di formulare l'offerta.</b>
--

Le informazioni sotto indicate saranno trattate ai sensi del Dlgs. 30.06.2003 n. 196.

### TOTALE OFFERTA ECONOMICA

A) RIMBORSO SPESE MEDICHE	€ ..... =
B) INFORTUNI CUMULATIVA	€ ..... =
<b>TOTALE OFFERTA ECONOMICA ANNUA LORDA</b>	<b>€ ..... =</b>

*Come da specifica allegata per ciascuna polizza.*

**Data** .....

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

---

---

---

---

*(1) Qualora venga sottoscritta da un procuratore dovrà essere allegata copia autentica dell'atto di procura.*



## A) RIMBORSO SPESE MEDICHE

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/e 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.

Parametro per il calcolo del premio	N. assicurati	PREMIO LORDO ANNUO TOTALE (in cifre)
Premio lordo annuo per ciascun assicurato € _____	56	€ _____

### 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 .....

### 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	
	Coassicuratrice/Mandante	

**Data** .....

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

---

---

---

---

*(1) Qualora venga sottoscritta da un procuratore dovrà essere allegata copia autentica dell'atto di procura.*



## B) INFORTUNI CUMULATIVA

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.

Parametro per il calcolo del premio	N. assicurati	PREMIO LORDO ANNUO TOTALE (in cifre)
Premio lordo annuo per ciascun assicurato € _____	56	€ _____

### 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 .....

#### 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	
	Coassicuratrice/Mandante	

**Data** .....

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

---

---

---

---

*(1) Qualora venga sottoscritta da un procuratore dovrà essere allegata copia autentica dell'atto di procura.*