

ALLEGATO 3 - SCHEDE PREVENTIVO

Spett.le
 Giugliano 1 "Mena Morlando" Giugliano in Campania
 Codice Ministeriale: NAAE139006
 PIAZZA GRAMSCI, N. 7
 80014 - GIUGLIANO IN CAMPANIA - NA

SCHEDE PREVENTIVO PRESENTATA DA: _____

1) SEZIONE INFORTUNI**A) PREMORIENZA**

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
MORTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA)	Importo minimo: € 170,000.00 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: € 170,000.00 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: € 400.00 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: € 650.00 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: € 1,100.00 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: € 1,600.00 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: € 30,000.00 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 SUBSEZIONE 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"/> € 60.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 80.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> € 100.000,00 (+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"/> € 10.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 14.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+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"/> € 6.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 8.000,00 (+0,75) <input type="checkbox"/> € 10.000,00 (+1)	30

D) DIARIE E ALTRE SPESE

DIARIA DA RICOVERO	Importo minimo: € 70.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $C_i = C_m (+1.5) \times O_i/O_b$ dove: C_i = punti assegnati; C_m = Coefficiente in parentesi; O_i = importo offerto; O_b = importo minimo	31
DAY HOSPITAL	Importo minimo: € 35.00 Indicare importo offerto: _____ Formula di calcolo del punteggio: $C_i = C_m (+1.0) \times O_i/O_b$ dove: C_i = punti assegnati; C_m = Coefficiente in parentesi; O_i = importo offerto; O_b = importo minimo	31
DIARIA DA GESSO: Per assenza da scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 540,00/€ 18,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 600,00/€ 20,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> € 900,00/€ 30,00 (+1)	31

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
----------	-----------------	----------

DIARIA DA GESSO: Per presenza a scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 450,00/€ 15,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 540,00/€ 18,00 (+0,25) [] € 830,00/€ 27,00 (+1)	31
SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA MAX 30 GIORNI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 20,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 40,00 (+0,25) [] € 50,00 (+0,50)	34
SPESE DI TRASPORTO CASA/ISTITUTO DI CURA MAX 30 GIORNI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 20,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 40,00 (+0,25) [] € 50,00 (+0,50)	35

E) ALTRE GARANZIE

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DANNO ESTETICO UNA TANTUM	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 700,00 (+0,50) [] € 1000,00 (+0,75)	33
DANNO ESTETICO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 5.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 7.000,00 (+0,75) [] € 10.000,00 (+1)	32
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AL VESTIARIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) [] € 1.500,00 (+0,25) [] € 2.000,00 (+0,50)	36
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A STRUMENTI MUSICALI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) [] € 650,00 (+0,25) [] € 750,00 (+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: [] € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 1.500,00 (+0,25) [] € 1.800,00 (+0,50)	36

SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AD OCCHIALI IN PALESTRA	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 100,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 120,00 (+0,50) [] € 130,00 (+0,75)	36
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A BICICLETTE	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) [] € 120,00 (+0,25) [] € 130,00 (+0,50)	36
SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 2.000,00 (+0,25) [] € 3.500,00 (+0,50)	37
PERDITA ANNO SCOLASTICO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 6.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 10.000,00 (+0,25) [] € 15.000,00 (+0,50)	38
POLIOMIELITE - MENINGITE CEREBRO SPINALE/AIDS ED EPATITE VIRALE	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 20.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 35.000,00 (+0,75) [] € 45.000,00 (+1)	39
MASSIMALI EVENTI CATASTROFALI E RISCHIO VOLO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 2.000.000,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 10.000.000,00 (+0,75) [] € 15.000.000,00 (+1,5)	40-42
SINISTRI IN ITINERE ART. 23	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] RIDUZIONE DEL 50% INDENNIZZI MORTE E I.P. (valore e condizione base da capitolato) [] RIDUZIONE DEL 25% (+1) [] NESSUNA RIDUZIONE (+2)	23
ALTRI ASSICURATI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTI (valore e condizione base da capitolato) [] PREVISTI (+0,5)	CP n°6

F) ESCLUSIONI SEZIONE INFORTUNI

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DA ABUSO DI PSICOFARMACI, DALL'USO DI STUPEFACENTI O ALLUCINOGENI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 - Capitolato Tecnico (valore e condizione base da capitolato) [] ELIMINAZIONE ESCLUSIONI PRESENTI ALL' ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 Capitolato Tecnico - POLIZZA PRESTATATA SENZA TALI ESCLUSIONI (+0,25)	25

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DA OPERAZIONI CHIRURGICHE, ACCERTAMENTI O CURE MEDICHE NON RESI NECESSARI DA INFORTUNIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 - Capitolato Tecnico (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ESCLUSIONI PRESENTI ALL' ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 Capitolato Tecnico - POLIZZA PRESTATATA SENZA TALI ESCLUSIONI (+0,25)	25
DA GUERRA, INSURREZIONE	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 - Capitolato Tecnico (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ESCLUSIONI PRESENTI ALL' ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 4 Capitolato Tecnico - POLIZZA PRESTATATA SENZA TALI ESCLUSIONI (+0,25)	25

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"/> PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.750.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> PRESTATATA 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"/> PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.000.000,00 (+1) <input type="checkbox"/> PRESTATATA 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
--------------------------	---	----------------

B) RISCHI RESPONSABILITA' CIVILE DELLA SCUOLA DANNI CONSEGUENTI A:

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
MOLESTIE SESSUALI E OGNI TIPO DI DISCRIMINAZIONI E ABUSO SESSUALE	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DANNI MORALI, PUR IN ASSENZA DI CONSEGUENZE FISICHE, DISTURBI MENTALI E PSICHICI	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
SCOMPARS A E SEQUESTRI DI PERSONA	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
AGGRESSIONI O ATTI VIOLENTI ANCHE CON MOVENTE POLITICO, SOCIALE O SINDACALE, ATTI DI TERRORISMO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56

3) ASSISTENZA

A) ASSISTENZA

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> € 60.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 80.000,00 (+0,50) <input type="checkbox"/> € 100.000,00 (+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"/> € 600,00 PER ALUNNO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 1.200,00 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
ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 15.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+0,50) <input type="checkbox"/> € 20.000,00 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"/> € 20.000,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> € 30.000,00(+0,50) <input type="checkbox"/> € 50.000,00 (+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"/> € 150,00 (valore e condizione base da capitolato) <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 250,00 (+1) <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 280,00 (+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.

9FIRMA PER CONFERMA E ACCETTAZIONE