

ALLEGATO 3 - SCHEDA PREVENTIVO

Spett.le
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "N.IANNACCONE"
Codice Ministeriale: AVIC86000T
VIA RONCA, 11
83047 - LIONI - AV

SCHEDA PREVENTIVO PRESENTATA DA: _____

1) SEZIONE INFORTUNI

A) PREMORIENZA

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
MORTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA)	Importo minimo: € 140,000.00 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: € 140,000.00 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: € 250.00 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: € 500.00 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: € 1,000.00 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: € 1,400.00 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: € 20,000.00 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 SUB-SEZIONE b) SE ACCERTATA AL	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ 100% (valore e condizione base da capitolato) ☐ 60% (+0,75) ☐ 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: ☐ € 15.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 20.000,00 (+1) ☐ € 30.000,00 (+2)	28
OPERATIVITA' RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ A SECONDO RISCHIO (valore e condizione base da capitolato) ☐ A PRIMO RISCHIO (+1)	28
SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ € 8.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 12.000,00 (+1) ☐ € 16.000,00 (+2)	29
SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE: NUMERO PROTESI e LIMITE PER DENTE	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NUMERO PROTESI: 1 LIMITE PER DENTE: € 1.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: € 2.000,00 (+0,75) ☐ NUMERO PROTESI: 2 LIMITE PER DENTE: ILLIMITATO (+1,50)	29
RIMBORSO PER ACQUISTO LENTI PER DANNO OCULARE - ROTTURA OCCHIALI	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ € 4.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 6.000,00 (+0,75) ☐ € 8.000,00 (+1)	30

D) DIARIE E ALTRE SPESE

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DIARIA DA RICOVERO	Importo minimo: € 30.00 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	31
DAY HOSPITAL	Importo minimo: € 15.00 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	31
DIARIA DA GESSO: Per assenza da 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) [] € 600,00/€ 20,00 (+1)	31
DIARIA DA GESSO: Per presenza a scuola LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 200,00/€ 10,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 300,00/€ 15,00 (+0,25) [] € 400,00/€ 20,00 (+1)	31
SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA MAX 30 GIORNI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 15,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 20,00 (+0,25) [] € 25,00 (+0,50)	34
SPESE DI TRASPORTO CASA/ISTITUTO DI CURA MAX 30 GIORNI	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 15,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 20,00 (+0,25) [] € 25,00 (+0,50)	35

E) ALTRE GARANZIE

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
DANNO ESTETICO UNA TANTUM	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 300,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 400,00 (+0,50) [] € 500,00 (+0,75)	33
DANNO ESTETICO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] € 1.500,00 (valore e condizione base da capitolato) [] € 1.800,00 (+0,75) [] € 2.000,00 (+1)	32
SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AL VESTIARIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: [] NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) [] € 650,00 (+0,25) [] € 1.000,00 (+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: ☐ € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 650,00 (+0,25) ☐ € 750,00 (+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: ☐ € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 650,00 (+0,25) ☐ € 750,00 (+0,50)	37
PERDITA ANNO SCOLASTICO	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ € 3.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 4.000,00 (+0,25) ☐ € 5.000,00 (+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 PRESTATA 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: ☐ 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
DA GUERRA, INSURREZIONE	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

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: ☐ € 5.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 10.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+3) ☐ € 25.000.000,00 SENZA LIMITE PER ANNO (+5)	49
DANNI DA INCENDIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ € 500.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.750.000,00 (+1) ☐ 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: ☐ € 500.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ PRESTATATA NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.000.000,00 (+1) ☐ 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: ☐ NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) ☐ INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+1) ☐ INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+2)	CP N° 4
ALTRI ASSICURATI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTI (valore e condizione base da capitolato) ☐ 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: ☐ ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) ☐ INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) ☐ 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: ☐ ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) ☐ INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) ☐ INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)	56
SCOMPARS A E SEQUESTRI DI PERSONA	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) ☐ INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) ☐ 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: ☐ ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56 (valore e condizione base da capitolato) ☐ INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25) ☐ 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: ☐ € 40.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 60.000,00 (+0,50) ☐ € 80.000,00 (+1)	63
ASSICURAZIONE BAGAGLIO	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ € 500,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 1.500,00 (+0,50) ☐ € 2.000,00 (+1)	67
ANNULLAMENTO GITE A SEGUITO DI MALATTIA/INFORTUNIO*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 600,00 PER ALUNNO (+0,50) ☐ € 1.200,00 PER ALUNNO (+1)	CP n° 3
ANNULLAMENTO CORSI A SEGUITO DI INFORTUNIO E MALATTIA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 500,00 PER ALUNNO (+0,50) ☐ € 1.000,00 PER ALUNNO (+1)	CP n° 2
ASSISTENTI DI LINGUA STRANIERA*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTO (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 15.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+0,50) ☐ € 20.000,00 PER ANNO E SINISTRO (+1)	CP n° 10

4) TUTELA GIUDIZIARIA

A) TUTELA GIUDIZIARIA

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

Garanzia	Opzione offerta	Rif. art
TUTELA LEGALE MASSIMALE PER SINISTRO	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ € 20.000,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 30.000,00(+0,50) ☐ € 50.000,00 (+1)	71-72
TUTELA GIUDIZIARIA: ULTRATTIVITA'	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) ☐ ULTRATTIVITA' 36 MESI (+0,50) ☐ 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: ☐ € 100,00 (valore e condizione base da capitolato) ☐ SOMMA ASSICURATA € 150,00 (+1) ☐ SOMMA ASSICURATA € 200,00 (+2)	CP n° 1
DANNI AL VEICOLO DEL REVISORE DEI CONTI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 3.000,00 PER VEICOLO (+0,25) ☐ € 10.000,00 PER VEICOLO (+0,50)	CP n° 7
DANNI AL VEICOLO DEL DIPENDENTE IN MISSIONE*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 1.000,00 PER VEICOLO (+0,25) ☐ € 5.000,00 PER VEICOLO (+0,50)	CP n° 8
ASSICURAZIONE FURTO PORTAVALORI*	Selezionare una delle seguenti opzioni: ☐ NON PREVISTA (valore e condizione base da capitolato) ☐ € 1.000,00 PER ANNO E PER SINISTRO (0,25) ☐ € 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 CAPITALE
(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.