

Spett.le

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. SPERANZA"**  
**Codice Ministeriale: SAIC8AP00R**  
**Via R. Talamo – 84051 CENTOLA (SA)**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,– nella sua qualità di rappresentante legale/procuratore della Compagnia \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
Codice Fiscale e Partita IVA \_\_\_\_\_,

oppure

– Rappresentante Legale/Procuratore dell'Agenzia \_\_\_\_\_, con  
sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, Partita  
IVA \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_, mail  
\_\_\_\_\_, autorizzata dalla/e Compagnia/e \_\_\_\_\_

– a partecipare alla presente procedura e ad impegnare la stessa per il preventivo presentato con

|                 |                                 |
|-----------------|---------------------------------|
| <b>EFFETTO</b>  | <b>ORE 24.00 DEL 16/11/2019</b> |
| <b>SCADENZA</b> | <b>ORE 24.00 DEL 16/11/2022</b> |

**DICHIARA**

- di aver preso visione e accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e le condizioni contenute nel Capitolato di polizza (di seguito CdP) , incluse le eventuali condizioni particolari (di seguito CP) ;
- di essere consapevole che i riferimenti numerici degli articoli nella presente scheda hanno finalità esclusivamente di guida informativa – e non sostitutiva- al Capitolato di Polizza accettato nella sua interezza;
- di accettare che, qualora in fase di emissione del contratto di polizza definitivo – anche se sottoscritto dal contraente - , risulti una discordanza fra le condizioni contrattuali e il Capitolato di Polizza accettato in sede di preventivo, verranno applicate quelle più favorevoli all'Istituto Scolastico.
- di aver valutato tutte le circostanze che hanno portato alla determinazione del preventivo, nonché tutte le condizioni contrattuali e le circostanze, generali e particolari, che possono influire sull'esecuzione del servizio e di averne tenuto conto nella formulazione della presente Offerta Tecnica.

**DICHIARA INOLTRE****(BARRARE UNA SOLA DELLE VOCI INDICATE DI SEGUITO)**

- DI ACCETTARE INTEGRALMENTE I VALORI E LE CONDIZIONI BASE DI CUI ALLA PRESENTE SCHEDA TECNICA **SENZA APPORTARE VARIANTI TECNICHE** (PUNTEGGIO ATTRIBUITO 10 PUNTI).
- DI ACCETTARE INTEGRALMENTE I VALORI E LE CONDIZIONI BASE DI CUI ALLA PRESENTE SCHEDA TECNICA **E DI APPORTARE LE SEGUENTI VARIANTI TECNICHE** (N.B. NON È POSSIBILE INDICARE VALORI INFERIORI ALLE CONDIZIONI BASE. SALVO QUELLI ESPRESSAMENTE PREVISTI ALL'OPZIONI 1)

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.

**TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE**

## TABELLA VARIANTI - cod 0006

| PARAMETRI DI VALUTAZIONE | VARIANTI AMMESSE<br>IN BASE AI PARAMETRI DI VALUTAZIONE RIPORTATI DI SEGUITO E' POSSIBILE SELEZIONARE:<br>1. UNA VARIANTE BARRANDO CON LA X L'OPZIONE PRESCELTA IL PUNTEGGIO ATTRIBUIBILE A CIASCUNA VARIANTE E' EVIDENZIATO ALL'INTERNO DELLA PARENTESI<br>OPPURE<br>2. ALL' OPZIONE 3, DOVE E' PREVISTA LA FORMULA, SI DEVE INSERIRE UN VALORE UGUALE O SUPERIORE RISPETTO AI VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO<br>IL PUNTEGGIO ATTRIBUITO RISULTERA' DALLA APPLICAZIONE DELLA FORMULA | PUNTEGGIO MASSIMO<br>80 |
|--------------------------|---|-------------------------|
|--------------------------|---|-------------------------|

| Sub-sezione   | SEZIONE INFORTUNI:   | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO | OPZIONE 2                               | OPZIONE 3<br>In questa opzione è possibile compilare 1 o più celle, indicando un Valore uguale o superiore a quello delle condizioni base | Riferimento articolo CdP |
|---|--|--|---|---|--------------------------|
| a)  | MORTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA)   | € 140.000,00                           |   | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA _____<br>$P_i = P_{max} (+3) \times \frac{O_i}{O_{max}}$  | 26                       |
|   | <b>INVALIDITÀ PERMANENTE E MODALITÀ DI CALCOLO<sup>1</sup></b>   |  |   |   |                          |
| b)  | INVALIDITÀ PERMANENTE (SOMMA ASSICURATA PER PERSONA ESCLUSO OGNI FORMA DI CAPITALE AGGIUNTIVO)           | € 140.000,00                           |   | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € _____<br>$P_i = P_{max} (+4) \times \frac{O_i}{O_{max}}$                                      | 27                       |
| c)  | VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 1° AL 5°                            | € 300,00                               |   | <input type="checkbox"/> VALORE PER PUNTO € _____<br>$P_i = P_{max} (+3) \times \frac{O_i}{O_{max}}$                                      | 27                       |
| d)  | VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 6° AL 15°                           | € 600,00                               |   | <input type="checkbox"/> VALORE PER PUNTO € _____<br>$P_i = P_{max} (+3) \times \frac{O_i}{O_{max}}$                                      | 27                       |
| e)  | VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 16° AL 25°                          | € 1.000,00                             |   | <input type="checkbox"/> VALORE PER PUNTO € _____<br>$P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$                                    | 27                       |
| f)  | VALORE di ogni singolo punto accertato per INVALIDITÀ PERMANENTE dal 26° AL 99°                          | € 1.400,00                             |   | <input type="checkbox"/> VALORE PER PUNTO € _____<br>$P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$                                    | 27                       |
| g)  | EROGAZIONE INTERA SOMMA ASSICURATA PER INV. PERM. OFFERTA ALLA SUB-SEZIONE b) SE ACCERTATA AL            | 100%                                   | <input type="checkbox"/> AL 60% (+0,75) | <input type="checkbox"/> AL 45% (+1,50)   | 27                       |
| h)  | CAPITALE AGGIUNTIVO ALLA SOMMA PER L' INVALIDITÀ PERMANENTE OFFERTA ALLA SUB-SEZIONE b) SUPERIORE AL 75% | NON PREVISTO                           |   | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA _____<br>$P_i = P_{max} (+1) \times \frac{O_i}{O_{max}}$  | 27                       |
| A.1 Sub-totale PUNTEGGIO MORTE + INVALIDITÀ PERMANENTE (= sub-sezione a+b+c+d+e+f+g+h) (max attribuibile 18,5): |  |  |   |   |                          |

TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE

## ALLEGATO 3 – SCHEDA OFFERTA TECNICA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. SPERANZA" - Codice Ministeriale : SAIC8AP00R

Affidamento servizi assicurativi dec: ore 24,00 del 16/11/2019 - scad: ore 24,00 del 16/11/2022

| RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO   | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO            | OPZIONE 1                                | OPZIONE 2  | OPZIONE 3   | Riferimento articolo CdP |
|--|---|--|--|---|--------------------------|
| RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO   | € 15.000,00                                       | <input type="checkbox"/> € 5.000,00 (-2) | <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+1)  | <input type="checkbox"/> € 30.000,00 (+2)   | 28                       |
| OPERATIVITÀ RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO                                   | A SECONDO RISCHIO                                 | =====                                    | =====  | <input type="checkbox"/> A PRIMO RISCHIO (+1)   | 28                       |
| SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE   | € 8.000,00  | <input type="checkbox"/> € 4.000,00 (-1) | <input type="checkbox"/> € 12.000,00 (+1)  | <input type="checkbox"/> € 16.000,00 (+2)   | 29                       |
| SPESE ODONTOTECNICHE ED ODONTOIATRICHE: NUMERO PROTESI E LIMITE PER DENTE          | NUMERO PROTESI: 1<br>LIMITE PER DENTE: € 1.000,00 |  | <input type="checkbox"/> NUMERO PROTESI: 2<br>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                   | € 4.000,00  | <input type="checkbox"/> € 2.000,00 (-1) | <input type="checkbox"/> € 6.000,00 (+0,75)  | <input type="checkbox"/> € 8.000,00 (+1)  | 30                       |
| <b>A.2 Sub-totale PUNTEGGIO RIMBORSO SPESE (max attribuibile punti 7,5):</b>       |   |  |  |   |                          |
| DIARIE E ALTRE SPESE   | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO            | OPZIONE 1                                | OPZIONE 2  | OPZIONE 3<br>Se prevista la formula, è possibile compilare 1 o più celle, indicando un Valore uguale o superiore a quello delle condizioni base | Riferimento articolo CdP |
| DIARIA DA RICOVERO   | € 30,00   |  |  | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA _____<br>$P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$  | 31                       |
| DAY HOSPITAL   | € 15,00   |  |  | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA _____<br>$P_i = P_{max} (+1,5) \times \frac{O_i}{O_{max}}$  | 31                       |
| DIARIA DA GESSO:<br>Per assenza da scuola<br>LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO  | € 450,00/ € 15,00                                 |  | <input type="checkbox"/> € 540,00/ € 18,00 (+0,50)                                 | <input type="checkbox"/> € 600,00/ € 20,00 (+0,75)  | 31                       |
| DIARIA DA GESSO:<br>Per presenza a scuola<br>LIMITE INDENNIZZO/LIMITE GIORNALIERO  | € 200,00/ € 10,00                                 |  | <input type="checkbox"/> € 300,00 / € 15,00 (+0,50)                                | <input type="checkbox"/> € 400,00/ € 20,00 (+0,75)  | 31                       |
| SPESE DI TRASPORTO CASA/SCUOLA MAX 30 GIORNI                                       | € 15,00   |  | <input type="checkbox"/> € 20,00 (+0,25)   | <input type="checkbox"/> € 25,00 (+0,50)  | 34                       |
| SPESE DI TRASPORTO CASA/ISTITUTO DI CURA MAX 30 GIORNI                             | € 15,00   |  | <input type="checkbox"/> € 20,00 (+0,25)   | <input type="checkbox"/> € 25,00 (+0,50)  | 35                       |
| <b>A.3 Sub-totale PUNTEGGIO DIARIE E ALTRE SPESE (max attribuibile punti 5,5):</b> |   |  |  |   |                          |

**TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE**

| ALTRE GARANZIE   | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO  | OPZIONE 1                                     | OPZIONE 2   | OPZIONE 3  | Riferimento articolo CdP |
|--|---|---|---|--|--------------------------|
| DANNO ESTETICO UNA TANTUM  | € 300,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 400,00 (+0,50)         | <input type="checkbox"/> € 500,00 (+0,75)  | 33                       |
| DANNO ESTETICO   | € 1.500,00  |   | <input type="checkbox"/> 1800,00 (+0,75)          | <input type="checkbox"/> 2.000,00 (+1)   | 32                       |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AL VESTIARIO   | € 500,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25)         | <input type="checkbox"/> € 1000,00 (+0,50)   | 36                       |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A STRUMENTI MUSICALI                                 | € 500,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25)         | <input type="checkbox"/> € 750,00 (+0,50)  | 36                       |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A SEDIE A ROTELLE E TUTORI PER PORTATORI DI HANDICAP | € 500,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25)         | <input type="checkbox"/> € 750,00 (+0,50)  | 36                       |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI AD OCCHIALI IN PALESTRA                              | € 100,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 120,00 (+0,50)         | <input type="checkbox"/> € 130,00 (+0,75)  | 36                       |
| SPESE AGGIUNTIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO: DANNI A BICICLETTE   | € 100,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 120,00 (+0,25)         | <input type="checkbox"/> € 130,00 (+0,50)  | 36                       |
| SPESE PER LEZIONI DI RECUPERO  | € 500,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 650,00 (+0,25)         | <input type="checkbox"/> € 750,00 (+0,50)  | 37                       |
| PERDITA ANNO SCOLASTICO  | € 3.000,00  | <input type="checkbox"/> NON PREVISTO (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 4.000,00 (+0,25)       | <input type="checkbox"/> € 5.000,00 (+0,50)  | 38                       |
| POLIOMIELITE - MENINGITE CEREBRO SPINALE/AIDS ED EPATITE VIRALE                                      | € 10.000,00   |   | <input type="checkbox"/> € 15.000,00 (+0,75)      | <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (+1)  | 39                       |
| MASSIMALI EVENTI CATASTROFALI E RISCHIO VOLO   | € 2.000.000,00  |   | <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00 (+0,75)  | <input type="checkbox"/> € 15.000.000,00 (+1,50)   | 40-41                    |
| SINISTRI IN ITINERE ART. 42  | RIDUZIONE DEL 75% INDENNIZZI MORTE E I.P.                                     |   | <input type="checkbox"/> RIDUZIONE DEL 50% (+1,5) | <input type="checkbox"/> NESSUNA RIDUZIONE (+2)  | 42                       |
| ALTRI ASSICURATI *   | NON PREVISTI  |   |   | <input type="checkbox"/> PREVISTI (+0,5)   | CP n°6                   |
| <b>ESCLUSIONI SEZIONE INFORTUNI</b>  | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO  |   |   |  |                          |
| - DA ABUSO DI PSICOFARMACI, DALL'USO DI STUPEFACENTI O ALLUCINOGENI;                                 | ESCLUSIONI COME DA ART. 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO 1 SCHEMA DI CONTRATTO | =====   | =====   | <input type="checkbox"/> ELIMINAZIONE ARTICOLO 25 RISCHI ESCLUSI DELL'ALLEGATO1 SCHEMA DI CONTRATTO POLIZZA PRESTATO SENZA ESCLUSIONI (+1) | 25                       |
| - DA OPERAZIONI CHIRURGICHE, ACCERTAMENTI O CURE MEDICHE NON RESI NECESSARI DA INFORTUNIO            |   |   |   |  |                          |
| - DA GUERRA, INSURREZIONE;   |   |   |   |  |                          |
| <b>A.4 Sub-totale PUNTEGGIO ALTRE GARANZIE (max attribuibile punti 11,5):</b>                        |   |   |   |  |                          |

| SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE:  | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO        | OPZIONE 1   | OPZIONE 2  | OPZIONE 3  | Riferimento articolo CdP |
|---|---|---|--|--|--------------------------|
| MASSIMALE PER SINISTRO RCT/RCO E LIMITE PER ANNO  | € 5.000.000,00<br>SENZA LIMITE PER ANNO       | <input type="checkbox"/> € 2.500.000,00<br>SENZA LIMITE PER ANNO (-2)                                 | <input type="checkbox"/> € 10.000.000,00<br>SENZA LIMITE PER ANNO (+3)                               | <input type="checkbox"/> € 25.000.000,00<br>SENZA LIMITE PER ANNO (+5)                               | 49-50                    |
| DANNI DA INCENDIO   | € 500.000,00                                  | <input type="checkbox"/> PRESTATO NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 250.000,00 (-0,50) | <input type="checkbox"/> PRESTATO NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.750.000,00 (+1) | <input type="checkbox"/> PRESTATO NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 8.750.000,00 (+2) | 52                       |
| DANNI DA INTERRUZIONE O SOSPENSIONE DI ATTIVITÀ   | € 500.000,00                                  | <input type="checkbox"/> PRESTATO NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 250.000,00 (-0,50) | <input type="checkbox"/> PRESTATO NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 3.000.000,00 (+1) | <input type="checkbox"/> PRESTATO NELL'AMBITO DEL MASSIMALE RCT CON IL LIMITE DI € 6.250.000,00 (+2) | 52                       |
| RC DEGLI ALUNNI IN ITINERE*   | NON PREVISTA                                  |   | <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+1)                              | <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+2)  | CP N° 4                  |
| ALTRI ASSICURATI *  | NON PREVISTI                                  |   |  | <input type="checkbox"/> PREVISTI (+1)   | CP N° 5                  |
| <b>RISCHI RESPONSABILITÀ CIVILE DELLA SCUOLA DANNI CONSEGUENTI A:</b>                           | <b>VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO</b> |   |  |  |                          |
| MOLESTIE SESSUALI E OGNI TIPO DI DISCRIMINAZIONI E ABUSO SESSUALE                               | ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56              |   | <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)                           | <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)   | 56                       |
| DANNI MORALI, PUR IN ASSENZA DI CONSEGUENZE FISICHE, DISTURBI MENTALI E PSICHICI                | ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56              |   | <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)                           | <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)   | 56                       |
| CONTAGIO DA MALATTIE IN GENERE (TRA LE QUALI: POLIOMIELITE, MENINGITE, H.I.V. ED EPATITE VIRALE | ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56              |   | <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)                           | <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)   | 56                       |
| SCOMPARS A SEQUESTRI DI PERSONA   | ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56              |   | <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 | ESCLUSE COME PREVISTO DA ART. 56              |   | <input type="checkbox"/> INCLUSA CON SOTTOLIMITE DI € 1.000.000,00 (+0,25)                           | <input type="checkbox"/> INCLUSA SENZA SOTTOLIMITE (+0,50)   | 56                       |
| <b>B. TOTALE PUNTEGGIO SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 14,5):</b>         |   |   |  |  |                          |

| SEZIONE ASSISTENZA  | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO | OPZIONE 1                                    | OPZIONE 2  | OPZIONE 3   | Riferimento articolo CdP |
|---|--|--|--|---|--------------------------|
| SPESE MEDICHE DA MALATTIA IN VIAGGIO                                      | € 40.000,00                            | <input type="checkbox"/> € 20.000,00 (-0,25) | <input type="checkbox"/> € 60.000,00 (+0,50)                     | <input type="checkbox"/> € 80.000,00 (+1)                     | 63                       |
| ASSICURAZIONE BAGAGLIO  | € 500,00                               | <input type="checkbox"/> € 250,00 (-0,25)    | <input type="checkbox"/> € 1.500,00 (+0,50)                      | <input type="checkbox"/> € 2.000,00 (+1)                      | 66-67                    |
| ANNULLAMENTO GITE A SEGUITO DI MALATTIA/INFORTUNIO *                      | NON PREVISTO                           |  | <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 *                   | NON PREVISTO                           |  | <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 *  | NON PREVISTO                           |  | <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                 |
| <b>C. TOTALE PUNTEGGIO SEZIONE ASSISTENZA (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 5):</b> |  |  |  |   |                          |

| SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA  | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO | OPZIONE 1                                    | OPZIONE 2   | OPZIONE 3  | Riferimento articolo CdP |
|---|--|--|---|--|--------------------------|
| TUTELA LEGALE MASSIMALE PER SINISTRO  | € 20.000,00                            | <input type="checkbox"/> € 10.000,00 (-0,50) | <input type="checkbox"/> € 30.000,00(+0,50)           | <input type="checkbox"/> € 50.000,00 (+1)          | 71-72                    |
| TUTELA GIUDIZIARIA: ULTRATTIVITÀ  | NON PREVISTA                           |  | <input type="checkbox"/> ULTRATTIVITÀ 36 MESI (+0,50) | <input type="checkbox"/> ULTRATTIVITÀ 60 MESI (+1) |                          |
| <b>D. TOTALE PUNTEGGIO SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 2):</b> |  |  |   |  |                          |

| ALTRE GARANZIE PARTICOLARI  | VALORI E CONDIZIONI BASE DA CAPITOLATO | OPZIONE 1 | OPZIONE 2   | OPZIONE 3   | Riferimento articolo CdP |
|---|--|-----------|---|---|--------------------------|
| DANNI OCCHIALI ALUNNI (IN ASSENZA DI INFORTUNIO O RESPONSABILITÀ CIVILE DI TERZI) * | € 100,00                               |           | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 150,00 (+1)             | <input type="checkbox"/> SOMMA ASSICURATA € 200,00 (+2)             | CP n° 1                  |
| DANNI AL VEICOLO DEL REVISORE DEI CONTI *   | NON PREVISTA                           |           | <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 *                                       | NON PREVISTA                           |           | <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 *   | NON PREVISTA                           |           | <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                  |
| <b>E. TOTALE PUNTEGGIO ALTRE GARANZIE PARTICOLARI (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 3,5):</b> |  |           |   |   |                          |

| SERVIZI AGGIUNTIVI  |              | OPZIONE 1 | OPZIONE 2 | OPZIONE 3                              |  |
|---|--------------|-----------|-----------|--|--|
| GESTIONE SINISTRI ONLINE  | NON PREVISTA | -----     | -----     | <input type="checkbox"/> PREVISTA (+2) |  |
| <b>F. TOTALE PUNTEGGIO SERVIZI AGGIUNTIVI (MAX ATTRIBUIBILE PUNTI 2):</b> |              |           |           |  |  |

**\*COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI AL CAPITOLATO DI POLIZZA**

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma

**TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE**