**SERVIZI ASSICURATIVI DELL’AMM.NE PROVINCIALE DI BENEVENTO (BN)**

**LOTTO N.3: POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA**

(da inserire nella busta B3 – offerta tecnica)

Il sottoscritto .........................................………. nato a ……………........................ il ................................ in qualità di…………………………………………… con sede in ………………………………....... Via ......................……........ partita IVA.................................... iscritta alla C.C.I.A.A. di ….......................................

Dichiara di apportare le varianti di seguito indicate:

**Varianti: punteggio massimo 70 punti – Barrare l’opzione prescelta**

|  |
| --- |
| **Variante n. 1** |
| **Opzioni** | **Termine denuncia dei sinistri****(articolo 2.9 del capitolato)** | **Punteggio** | **Barrare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *30 giorni lavorativi dal momento della conoscenza* | *0* | ***----------------------*** |
| Variante A | 60 giorni lavorativi dal momento della conoscenza | 5 | **🗆** |

|  |
| --- |
| **Variante n. 2** |
| **Opzioni** | **Esclusione COVID-19 (articolo 2.6. lett. h) del capitolato)** | **Punteggio** | **Barrare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *Conferma operatività esclusione*  | *0* | ***----------------------*** |
| Variante A | Inoperatività Esclusione | 35 | **🗆** |

|  |
| --- |
| **Variante n. 3** |
| **Opzioni** | **Art. 4.10 Aumento del Limite Catastrofale** | **Punteggio** | **Barrare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *€ 5.000.000,00* | *0* | ***----------------------*** |
| Variante A | € 10.000.000,00 | 10 | **🗆** |

|  |
| --- |
| **Variante n. 4** |
| **Opzioni** | **Scheda di Polizza – Aumento delle Indennità Assicurate per le Sezioni A B C D** | **Punteggio** | **Barrare l’opzione scelta** |
| *Base di gara* | *Conferma delle indennità assicurate* | *0* | ***----------------------*** |
| Variante A | Aumento delle Indennità Assicurate del 50% | 10 | **🗆** |
| Variante B | Aumento delle Indennità Assicurate del 100% | 20 | **🗆** |

**N.B. All'integrale accettazione delle condizioni del capitolato di assicurazione (assenza di opzione per qualsiasi variante) sono assegnati punti 0 (zero).**

Data ..........................................

Firma ....................................................................................

**N.B. In caso di coassicurazione, di raggruppamento temporaneo o di consorzio ordinario non ancora costituiti, il presente Modulo dovrà essere compilato e sottoscritto, PENA L'ESCLUSIONE, dai rappresentanti legali di tutte le imprese partecipanti**

Firma per l’Impresa

Firma per l’Impresa

Firma per l’Impresa