

IL SOTTOSCRITTO: \_\_\_\_\_

NELLA SUA QUALITA' DI \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE: via \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

[illegible][illegible]

per il rischio	<b>INFORTUNI CUMULATIVA</b>	Lotto n	<b>4</b>
----------------	-----------------------------	---------	----------

NR.	DESCRIZIONE CRITERIO	PUNTI MAX CRITERIO	DESCRIZIONE SUB CRITERIO	BARRARE CON LA X L'OFFERTA FORMULATA
1	ACCETTAZIONE INTEGRALE DELLE CONDIZIONI DI COPERTURA RICHIESTE DAL CAPITOLATO TECNICO INFORTUNI	50		<input type="checkbox"/>
2	VARIANTI MIGLIORATIVE			
		10	Condizioni Particolari di Assicurazione Eliminazione totale della franchigia per l'invalidità	<input type="checkbox"/>

			permanente per tutte le categorie previste dal capitolato	
		5	<b>Art. 9. Rimborso spese mediche da infortunio</b> Aumento del rimborso delle spese mediche da infortunio ad € 15.000,00	<input type="checkbox"/>
		5	<b>Art. 6. Limiti di età</b> Aumento del limite di età, per l'operatività delle garanzie, ad anni 80	<input type="checkbox"/>

Il concorrente dichiara di accettare che, nel caso in cui non provveda a barrare alcuna variante quantitativa la Stazione Appaltante procederà attribuendo zero punti.

**TIMBRO E FIRMA/E**

*Il legale rappresentante dell'impresa singola o della delegataria in coassicurazione o della mandataria in R.t.i.*

---

*Il legale rappresentante della coassicuratrice in coassicurazione o della mandante in R.t.i.*

---



---