

## MODULO PER LA PRESENTAZIONE DELL'OFFERTA PER IL LOTTO n.6

(costituente parte integrante della presente polizza di assicurazione)

La sottoscritta Società propone la seguente offerta economica in base ai dati riepilogati di seguito:

**CONTRAENTE: AZIENDA SERVIZI PUBBLICI S.P.A. (RM)**

**DURATA CONTRATTUALE:**

Dalle ore 24:00 del 31/03/2018 alle ore 24:00 del 31/03/2020

**SEZIONI ASSICURATE - SOMME ASSICURATE:**

**A) AMMINISTRATORI, DIRIGENTI, FUNZIONARI E DIPENDENTI ESCLUSO IL PERSONALE OPERANTE IN FARMACIA**

- **Caso Morte**

per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua;

- **Caso di Invalidità Permanente**

fino ad una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua;

- **Diaria da Ricovero: €50,00**

- **Rimborso Spese Sanitarie (Spese Mediche) €5.000,00 Per Sinistro**

**Retribuzioni Preventivate €2.678.500,00 (duemilioneisecentosestantoottomilacinquecento/00);**

**Tasso annuo lordo di regolazione da calcolarsi sulle Retribuzioni \_\_, \_\_ per mille**

**Premio imponibile = € .....**

**Imposte = € .....**

**Premio lordo = € .....**

**B) DIRIGENTI, FUNZIONARI E DIPENDENTI - PERSONALE OPERANTE IN FARMACIA**

- **Caso Morte: € 150.000,00=(centocinquantamila/00)**

- **Caso di Invalidità Permanente: € 250.000,00=(duecentocinquantamila/00)**

- **Diaria da Ricovero: € 70,00=(settanta/00)**

- **Rimborso Spese Sanitarie (Spese Mediche) € 5.000,00=(cinquemila/00) Per Sinistro**

Personale operante in Farmacia è uguale a 61 unità X € \_\_\_\_\_ = € \_\_\_\_\_

**Premio imponibile = € .....**

**Imposte = € .....**

**Premio lordo = € .....**

**OFFERTA ANNUA COMPLESSIVA(SEZIONI A+B):**

**Premio annuo imponibile complessivo = €.....**

**Imposte complessive = € .....**

**Premio lordo complessivo = € .....**

**Ribasso % sul premio lordo annuo a base d'asta: \_\_\_\_\_**

**Franchigia su I.P. fino a €150.000,00 di somma assicurata( in forma percentuale): \_\_\_\_%**

**SOTTOSCRIZIONE DEL RISCHIO:**

Quota sottoscritta e tenuta in proprio	_____ %
Eventuale Coassicuratrice _____	Quota sottoscritta _____ %
Eventuale Coassicuratrice _____	Quota sottoscritta _____ %
Eventuale Coassicuratrice _____	Quota sottoscritta _____ %
Eventuale Coassicuratrice _____	Quota sottoscritta _____ %
Eventuale Coassicuratrice _____	Quota sottoscritta _____ %

**ACCETTAZIONE:**

La Società ..... autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento del ....., dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera d'invito, il presente Capitolato e quant'altro ad essi allegato, e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

Data

Timbro e firma della Compagnia di Assicurazione

-----

-----