|  |  |
| --- | --- |
| *Stazione Appaltante:*  *POLITECNICO DI TORINO* | *GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA AI SENSI DELL’ART. 60, D. LGS. 50/2016 E SS.MM.II. PER L’AFFIDAMENTO DEI SEGUENTI SERVIZI ASSICURATIVI DI ATENEO:*  *LOTTO 2 POLIZZA SANITARIA – RSMO – RIMBORSO SPESE MEDICO OSPEDALIERE CIG: 8788786FA1 CUI: S00518460019202100073* |

***FACSIMILE DI DICHIARAZIONE DA INSERIRE NELLA BUSTA TECNICA VIRTUALE***

***SCHEDA DI OFFERTA TECNICA***

Il sottoscritto:..................................................................................................................................................

Codice fiscale...............................................................................................................................................

nato a: ............................................................................................................................ il: ../../....

domiciliato per la carica presso la sede societaria, nella sua qualità di:**[[1]](#footnote-1).**..............................................................................................................................................................

e legale rappresentante dell’Impresa: .....................................................................................................................

con sede legale in: .....................................................................................................................................

Via/Piazza: ....................................................................................................

C.A.P. ................................

Telefono:...............................................; Fax:..................................................; PEC:.................................................

codice fiscale: ........................................................

Partita I.V.A.: ..............................................................

* avendo conoscenza integrale di tutte le circostanze generali e speciali concernenti il rischio in oggetto;
* consapevole che per i sub parametri quantitativi l’attribuzione del punteggio avverrà secondo il criterio della proporzionalità specificato nel documento denominato **“Lotto 2 - RSMO - Criteri di valutazione”**

**PRESENTA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA**

Con riferimento a ciascuno dei sub parametri di seguito elencati, il concorrente presenta offerta con le seguenti modalità:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MASSIMALE** | | | |
| **ELEMENTI DI VALUTAZIONE** | **PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE** | **VALORE DI CAPITOLATO**  **((requisito minimo non riducibile / massimo non superabile)** | **VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE** |
| **E.V. 1 – Massimale Lenti ed occhiali da vista**  N.B.: ai solo fini della valutazione dell’offerta, il limite massimo per il presente elemento di valutazione è fissato in euro 3.000 per anno e per persona. Eventuali offerte eccedenti tale limite saranno considerate, ai fini della valutazione, pari al limite stesso. | 10 | Min. € 200 per anno assicurativo e per persona  Max. € 3.000 per anno assicurativo e per persona |  |
| **E.V. 2 – Massimale Cure domiciliari ed ambulatoriali**  N.B.: ai solo fini della valutazione dell’offerta, il limite massimo per il presente elemento di valutazione è fissato in euro 50.000 per anno e per nucleo familiare. Eventuali offerte eccedenti tale limite saranno considerate, ai fini della valutazione, pari al limite stesso. | 20 | Min. € 1.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare  Max. € 50.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare |  |
| **E.V. 3 – Massimale Cure e accertamenti odontoiatrici** | 17 | € 350,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FRANCHIGIA / SCOPERTO** | | | |
| **COPERTURA** | **PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE** | **VALORE DI CAPITOLATO**  **(valore massimo non superabile)** | **VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE** |
| **E.V. 4 – Cure ed accertamenti odontoiatrici – Prestazioni Fuori Convenzionamento** | 10 | Scoperto  25% |  |
| **E.V. 5 – Cure ed accertamenti odontoiatrici – Prestazioni in Convenzionamento** | 15 | Scoperto  15% |  |
| **E.V. 6 – Cure domiciliari ed ambulatoriali – Prestazioni Fuori Convenzionamento** (fermo lo scoperto 25%) | 5 | Franchigia  70 € |  |
| **EV.7 - SCOPERTO MINIMO IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA OD IN AMBULATORIO FUORI CONVENZIONAMENTO:** valore unico, indipendentemente dalla circostanza che il ricovero abbia comportato intervento chirurgico | 3 | 1.000 € |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PREMIO ESTENSIONE NUCLEO FAMILIARE** | | |
| **ELEMENTI DI VALUTAZIONE** | **PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE** | **VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE** |
| **E.V. 8 – Premio per**  **Estensione al Nucleo Familiare** | 20 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  per ciascun componente il Nucleo Familiare (V. anche precisazione di cui al Capitolato) |

**FIRMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Documento sottoscritto digitalmente da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. Amministratore munito dei poteri di rappresentanza, procuratore, institore, altro. [↑](#footnote-ref-1)