|  |  |
| --- | --- |
| *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 DELLA POLIZZA SANITARIA – RSMO – RIMBORSO SPESE MEDICO OSPEDALIERE CIG: 8865160177 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 **All. A - Criteri di valutazione Polizza RSMO**

**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. | 15 | Min. € 200 per anno assicurativo e per personaMax. € 3.000 per anno assicurativo e per persona(rif. pag. 10 c.s.o.) |  |
| **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. | 25 | Min. € 1.000 per anno assicurativo e per nucleo familiareMax. € 50.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare(rif. pag. 8 c.s.o.) |  |
| **E.V. 3 – Massimale: Sottolimite per medicinali** | 5 | € 300,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare(rif. pag. 8 c.s.o.) |  |
| **EV.4 – MASSIMALE: Interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia** | 5 | € 1.100,00 per occhio, per anno assicurativo e per nucleo familiare(rif. pag. 6 c.s.o.) |  |
| **EV.5 – MASSIMALE: Medicina preventiva** | 5 | € 250,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare(rif. pag. 9 c.s.o.) |  |
| **EV.6 – INDENNITA’ SOSTITUTIVA per ricovero con spese a totale carico del SSN** | 10 | ////// |  |

|  |
| --- |
| **FRANCHIGIA / SCOPERTO** |
| **COPERTURA** | **PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE** | **VALORE DI CAPITOLATO****(valore massimo non superabile)** | **VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE**  |
| **E.V.7 – Cure domiciliari ed ambulatoriali – Prestazioni Fuori Convenzionamento (fermo lo scoperto 25%)** | 5 | 70 €(rif. pag. 8 c.s.o.) |  |
| **EV.8 - SCOPERTO IN CASO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA OD IN AMBULATORIO FUORI CONVENZIONAMENTO FERMO IL VALORE MINIMO PREVISTO IN CAPITOLATO: valore unico, indipendentemente dalla circostanza che il ricovero abbia comportato intervento chirurgico** | 5 | 20%(rif. pag. 5 c.s.o.) |  |

 **PREMIO ESTENSIONE NUCLEO FAMILIARE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELEMENTI DI VALUTAZIONE** | **PUNTEGGIO MASSIMO ASSEGNABILE** | **VALORE OFFERTO DAL CONCORRENTE** |
| **E.V. 9 – PREMIO PER** **ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE**  | 25 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)