**ALLEGATO 3**

**OGGETTO:** Offerta tecnica

 Avviso pubblico aperto/invito alla presentazione di offerte per l’affidamento del servizio ASSICURATIVO RESPONSABILITÀ CIVILE, INFORTUNI, ASSISTENZA E TUTELA LEGALE IN FAVORE DEGLI ALUNNI E DEGLI OPERATORI SCOLASTICI aa.ss. 2021/22 – 2022/23 ( Ai sensi art. 36 comma 2 lettera a) D.lgs 50/2016 e ss.mm.ii.).

 CIG: Z1832F49F3

|  |
| --- |
| **SEZIONE 1 - VALUTAZIONE GENERALE - PREMIO, RISCHI ASSICURATI E TOLLERANZA****MASSIMO PUNTEGGIO ASSEGNATO 4** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  RISCHI PER I QUALI È PRESTATA L'ASSICURAZIONE | Garanzia Prestata(Sì-No) | Compagnia | Validità Territoriale(Italia - Europa – Mondo) |
| 1 | Responsabilità Civile Terzi (RCT) |  |  |  |
| 2 | Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO) |  |  |  |
| 3 | Infortuni |  |  |  |
| 4 | Tutela Giudiziaria |  |  |  |
| 5 | Assistenza |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TOLLERANZA SOGGETTI PAGANTI/ASSICURATI | Indicare tolleranza offerta |
| Popolazione scolastica (Tutti gli Alunni - Tutti gli Operatori) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ALTRI SOGGETTI ASSICURATI A TITOLO GRATUITO | SoggettiAssicurati a titolo gratuito (Sì-No) |
| Genitori partecipanti ad iniziative/progetti/attività deliberate dall'Istituto Scolastico  |  |
| Gli accompagnatori degli alunni, qualsiasi siano durante i viaggi di istruzione, gite, visite guidate, etc |  |
| Soggetti esterni in relazione ad attività organizzate dalla scuola |  |
| Esperti Esterni/Prestatori d'opera estranei all' organico della scuola |  |
| Revisori dei Conti |  |
| Membri degli Organi Collegiali (DPR n. 416 del31 /05/1974) |  |
| Tirocinanti autorizzati |  |
| Assistenti educatori |  |
| Responsabile della Sicurezza D.Lgs. 9/4/08 n. 81 |  |
| Operatori Scolastici componenti squadre di prevenzione e pronto intervento ai sensi di Legge |  |
| Alunni di altre scuole anche stranieri temporaneamente ospiti presso la scuola |  |
| Partners di progetti scolastici |  |

|  |
| --- |
| **SEZIONE 2 - RESPONSABILITÀ CIVILE****MASSIMO PUNTEGGIO ASSEGNATO 14****Gli Assicurati devono essere considerati terzi tra loro** |

|  |  |
| --- | --- |
| **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI** | Indicare i Massimali assicurati |
| Responsabilità Civile Verso Terzi - **limite per anno** |  |
| Responsabilità Civile Verso Terzi - **Massimale per Sinistro Unico** ovvero senza sottolimiti per danni a persone, animali, cose e strutture diverse dall’edificio scolastico (strutture sportive, alberghi, bar, aziende durante stages e visite, ecc.) |  |
| Danni da Incendio |  |
| Responsabilità civile Personale degli assicurati |  |
| Responsabilità Civile alunni in itinere anche senza responsabilità della scuola  |  |
| R.C.O. Responsabilità Civile Verso dipendenti **Massimale per Sinistro** |  |

|  |
| --- |
| **SEZIONE 3 - INFORTUNI****MASSIMO PUNTEGGIO ASSEGNATO 52** |

|  |  |
| --- | --- |
| ELENCO GARANZIE INFORTUNI | Somma AssicurataSpecificare massimale |
| a) | Morte |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| b) | Invalidità Permanente |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Compreso | Escluso |
|  | Tabella INAIL per il calcolo Invalidità Permanente |  |  |
|  | Invalidità Permanente del 100% se superiore al 45% |  |  |
|  | Raddoppio Invalidità Permanente di Alunni Orfani |  |  |
|  | Capitale Aggiuntivo (con esclusione di polizze vitasostitutive) per I.P. superiore al 75% |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| c) | Rimborso Spese Mediche da Infortunio comprese le spese per cure e protesi Dentarie, Oculistiche e dell'A pparato Uditivo. | Somma AssicurataSpecificare massimale |
|  |  |  |
|  | Operatività Rimborso Spese Mediche da Infortunio -  | a 1 ° Rischio | Integrative (2°rischio) |
|  |  |  |  |
|  | Spese per cure e Protesi Dentarie - eventuali sottolimiti per denti | Senza Limite | Con Limite |
|  |  |  |  |
|  | Spese per cure e Protesi Dentarie - eventuali limiti di visite | Senza Limite | Con Limite |
|  |  |  |  |
|  | Massimale Rimborso Spese Mediche indipendente e cumulabili con i massimali previsti per tutte le altre garanzie | Cumulabili Separati | Non Cumulabili |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  | Compreso | Escluso |
| d) | Spese Aggiuntive a seguito di infortunio |  |  |
|  | • Danni al Vestiario |  |  |
|  | • Danni a Carrozzelle/Tutori per portatori di handicap |  |  |
|  | •Danni a Biciclette |  |  |
|  | • Protesi Ortopediche |  |  |
|  | • Protesi Ortodontiche |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Compreso | Escluso |
| e) | Diaria da Ricovero/Day Hospital |  |  |
|  | Diaria da Gesso  |  |  |
|  | * Per ogni giorno di presenza a scuola (indicare importo diaria giorn aliera)
 |  |
|  | * Per ogni giorno di assenza da scuola (indicare importo diaria giornaliera)
 |  |
|  |  | Compreso | Escluso |
|  | Diaria da gesso anche per lesioni non radiologicamente accertate comprese dita delle mani |  |  |
|  | Spese trasporto Arto Ingessato |  |  |
|  | Indennità di accompagnamento e trasporto |  |  |
|  | Indennità da Assenza (una tantum) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Senza Sottolimite | Con Sottolimite |
| f) | Massimale Catastrofale (anche gite ed uscite didattiche in genere) |  |  |
| g) | Limite per Rischi Aeronautici |  |  |
| h) | Limite per Alluvioni, Inondazioni, Terremoti |  |  |
| i) | Limite per Infortuni conseguenti ad Atti di Terrorismo |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Compreso | Escluso |
| j) | Possibilità di Recupero da Stato di coma |  |  |
|  | Rimborso forfettario (contagio da Virus H.I.V) |  |  |
|  | Rimborso forfetario (Meningite, Poliomielite ed Epatite Virale) |  |  |
|  | Invalidità Permanente da malattia (contagio da Virus H.I.V.) |  |  |
|  | Invalidità Permanente da Malattia (Meningite, poliomielite ed Epatite Virale) |  |  |
|  | Danno Estetico |  |  |
|  | Spese Per Lezioni private di recupero |  |  |
|  | Perdita Anno Scolastico per Infortunio |  |  |
|  | Spese Funerarie |  |  |
|  | Borsa di Studio per Commorienza Genitori |  |  |

|  |
| --- |
| **SEZIONE 4 - TUTELA GIUDIZIARIA****MASSIMO PUNTEGGIO ASSEGNATO 5** |

|  |  |
| --- | --- |
| ELENCO GARANZIE TUTELA GIUDIZIARIA | Somma Assicurata |
| Massimale Assicurato  |  |
|  |  |
| Controversie con Compagnie di Assicurazioni (barrare la forma garantita) | Escluse Vertenze versola scuola contraente | Comprese Vertenze verso la scuolacontraente |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Libera scelta del legale | Compresa | Esclusa |

|  |
| --- |
| **SEZIONE 5 - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA****MASSIMO PUNTEGGIO ASSEGNATO 5** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ELENCO GARANZIE ASSISTENZA | Compreso | Escluso |
| a) | **Garanzia Assistenza a Scuola** |  |  |
|  | Invio medico a scuola, invio ambulanza |  |  |
|  | Organizzazione visite specialistiche con cliniche convenzionate |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| b) | **Rimborso Spese Mediche da Malattia (in viaggio)** | Massimale assicurato |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| c) | **Garanzia Assistenza in Viaggio** | Compreso | Escluso |
|  | Invio medico , invio ambulanza e consulenza medico telefonica 24h su 24 in Italia e all’estero |  |  |
|  | Familiare accanto |  |  |
|  | Rientro dell'assicurato convalescente |  |  |
|  | Rientro anticipato dell’alunno o dell’accompagnatore e Invio di un accompagnatore in sostituzione |  |  |
|  | Rimpatrio salma |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| d) | Assicurazione Bagaglio in viaggio | Compreso | Escluso |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **SEZIONE 6 - IL REGIME DELLE VARIANTI****MASSIMO PUNTEGGIO ASSEGNATO 3** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANNI AGLI OCCHIALI DEGLI ALUNNI ANCHE SENZA INFORTUNIO | Compreso | Escluso |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANNI A EFFETTI PERSONALI DEGLI ALUNNI ANCHE SENZA INFORTUNI | Compreso | Escluso |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FURTO E RAPINA VALORI | Compreso | Escluso |
|  |  |  |

 Il soggetto offerente, a pena di esclusione, dichiara di non aver ntrodotto varianti peggiorative e/o modifiche su aspetti sostanziali previsti nella richiesta di offerta.

 ACCETTAZIONE

 La Società (Compagnia/Agenzia / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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

dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la richiesta di offerta, le condizioni minime previste e quant'altro ad essi allegato e di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essi contenute.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

 Timbro e firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_