

Spettabile
**Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale**
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione
Ufficio VIII - Trattamenti di quiescenza e previdenziali,
assicurazioni
Piazzale della Farnesina n. 1
00135 ROMA

DICHIARAZIONE DI OFFERTA TECNICA

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria e rimborso spese mediche per il personale con sede di servizio all'estero e relativi familiari - LOTTO 2

CIG 9178954875 – Offerta tecnica

Il sottoscritto: _____

Nato a: _____ il _____

Residente a: _____ Provincia _____

via/piazza _____ n. _____

in qualità di _____

dell'Impresa _____

(in caso di partecipazione in forma non individuale indicare tutte le imprese raggruppate o raggruppande, riunite o riunende, consorziate o consorziande), in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici o Raggruppate sopraindicate, con le percentuali di rischio assunte come indicato nella domanda di partecipazione alla presente gara:

- nel dare atto di avanzare la propria offerta tecnica avendo preso visione e conoscenza dell'intera documentazione di gara, delle condizioni contrattuali e di tutte le condizioni che influiscono sulla determinazione dei premi, di accettare integralmente le norme e condizioni contenute nel Capitolato di polizza relativo alla sopra indicata copertura assicurativa;
- tenuto conto dell'offerta economica presentata,

DICHIARA

(barrare l'opzione interessata)

☐

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 2 senza migliorie**

in alternativa

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 2 con la/le seguente/i miglioria/e:**

Si precisa che le strutture ed i medici devono essere conteggiati una sola volta per ogni partita iva a prescindere dalle specializzazioni che possono essere effettuate nella struttura.

Voce	Elemento di valutazione	Da compilare a cura dell'offerente	Punti assegnati
Istituti di cura convenzionati in ASIA	50 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 51 a 150	<input type="checkbox"/>	2
	Da 151 a 300	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 300 strutture	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati nel SUD AMERICA	50 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	2
	Da 101 a 150	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati in AMERICA CENTRALE	40 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 41 a 100	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 100	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati in AFRICA	15 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 16 a 50	<input type="checkbox"/>	10
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	20
Istituti di cura convenzionati in AUSTRALIA	10 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 11 a 40	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 40	<input type="checkbox"/>	7
Centri diagnostici convenzionati in ASIA	100	<input type="checkbox"/>	1
	Da 101 a 200	<input type="checkbox"/>	2
	Da 201 a 500	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 500	<input type="checkbox"/>	6

Centri diagnostici convenzionati nel SUD AMERICA	50	<input type="checkbox"/>	1
	Da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	2
	Da 101 a 150	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	6
Centri diagnostici convenzionati in AMERICA CENTRALE	10	<input type="checkbox"/>	2
	Da 11 a 50	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	6
Centrale Operativa per attivazione assistenza diretta h24 / 7su7	NO	<input type="checkbox"/>	0
	SI	<input type="checkbox"/>	8
Riduzione tempi di liquidazione delle pratiche a rimborso	30 giorni (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	15 giorni	<input type="checkbox"/>	4
	< 7 giorni	<input type="checkbox"/>	6

Il concorrente, inoltre, nell'accettare tutte le condizioni specificate nel Capitolato tecnico e nelle varianti eventualmente accettate, dichiara che la presente offerta è irrevocabile ed impegnativa sino al 180° (centottantesimo) giorno successivo al termine ultimo per la presentazione della stessa.

Luogo _____, data _____

Timbro

Firma _____

Timbro

Firma _____

Timbro

Firma _____

Note di compilazione:

- La presente offerta dovrà essere firmata digitalmente da parte del soggetto dichiarante;
- in caso di coassicurazione, da ciascuna impresa in coassicurazione in persona del legale rappresentante o del titolare o del procuratore dell'impresa;
- in caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) o Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. e) del Codice non ancora costituiti al momento della presentazione dell'offerta, dai legali rappresentanti (o da persone munite di specifici poteri di firma

comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) di ciascuna impresa raggruppanda, riunenda o consorzianda;

- in caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI), o Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. e) del Codice già costituiti al momento della presentazione dell'offerta, dal legale rappresentante (o da persona munita di specifici poteri di firma comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) dell'impresa mandataria/capofila;
- in caso di Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, dai legali rappresentanti (o da persone munite di specifici poteri di firma comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) del Consorzio;
- in caso di GEIE si fa riferimento alla disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile;
- **barrare trasversalmente le parti che non interessano;**
- qualora gli spazi/forme di partecipazione esemplificate non siano sufficienti, inserirne di ulteriori senza alterare il contenuto sostanziale del presente facsimile.

Spettabile
**Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale**
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione
Ufficio VIII - Trattamenti di quiescenza e previdenziali,
assicurazioni
Piazzale della Farnesina n. 1
00135 ROMA

DICHIARAZIONE DI OFFERTA TECNICA

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria e rimborso spese mediche ad adesioni facoltative delle rappresentanze all'estero per il personale assunto con contratto locale e relativi familiari - LOTTO 3 - CIG 9178982F8E - Offerta tecnica.

Il sottoscritto: _____
Nato a: _____ il _____
Residente a: _____ Provincia _____
via/piazza _____ n. _____
in qualità di _____
dell'Impresa _____

(in caso di partecipazione in forma non individuale indicare tutte le imprese raggruppate o raggruppande, riunite o riunende, consorziate o consorziande), in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici o Raggruppate sopraindicate, con le percentuali di rischio assunte come indicato nella domanda di partecipazione alla presente gara:

- nel dare atto di avanzare la propria offerta tecnica avendo preso visione e conoscenza dell'intera documentazione di gara, delle condizioni contrattuali e di tutte le condizioni che influiscono sulla determinazione dei premi, di accettare integralmente le norme e condizioni contenute nel Capitolato di polizza relativo alla sopra indicata copertura assicurativa;
- tenuto conto dell'offerta economica presentata,

DICHIARA

(barrare l'opzione interessata)

☐

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 3 senza miglioria/e**

in alternativa

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 3 con la/le seguente/i miglioria/e**:

Si precisa che le strutture ed i medici devono essere conteggiati una sola volta per ogni partita iva a prescindere dalle specializzazioni che possono essere effettuate nella struttura.

Voce	Elemento di valutazione	Da compilare a cura dell'offerente	Punti assegnati
Istituti di cura convenzionati in ASIA	50 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 51 a 150	<input type="checkbox"/>	2
	Da 151 a 300	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 300 strutture	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati nel SUD AMERICA	50 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	2
	Da 101 a 150	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati in AMERICA CENTRALE	40 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 41 a 100	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 100	<input type="checkbox"/>	7
Istituti di cura convenzionati in AFRICA	15 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 16 a 50	<input type="checkbox"/>	10
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	20
Istituti di cura convenzionati in AUSTRALIA	10 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 11 a 40	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 40	<input type="checkbox"/>	7
Centri diagnostici convenzionati in ASIA	100	<input type="checkbox"/>	1
	Da 101 a 200	<input type="checkbox"/>	2
	Da 201 a 500	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 500	<input type="checkbox"/>	6

Centri diagnostici convenzionati nel SUD AMERICA	50	<input type="checkbox"/>	1
	Da 51 a 100	<input type="checkbox"/>	2
	Da 101 a 150	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	6
Centri diagnostici convenzionati in AMERICA CENTRALE	10	<input type="checkbox"/>	2
	Da 11 a 50	<input type="checkbox"/>	4
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	6
Centrale Operativa per attivazione assistenza diretta h24 / 7su7	NO	<input type="checkbox"/>	0
	SI	<input type="checkbox"/>	8
Riduzione tempi di liquidazione delle pratiche a rimborso	30 giorni (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	15 giorni	<input type="checkbox"/>	4
	< 7 giorni	<input type="checkbox"/>	6

Il concorrente, inoltre, nell'accettare tutte le condizioni specificate nel Capitolato tecnico e nelle varianti eventualmente accettate, dichiara che la presente offerta è irrevocabile ed impegnativa sino al 180° (centottantesimo) giorno successivo al termine ultimo per la presentazione della stessa.

Luogo _____, data _____

Timbro _____ Firma _____

Timbro _____ Firma _____

Timbro _____ Firma _____

Note di compilazione:

- La presente offerta dovrà essere firmata digitalmente da parte del soggetto dichiarante;
- in caso di coassicurazione, da ciascuna impresa in coassicurazione in persona del legale rappresentante o del titolare o del procuratore dell'impresa;
- in caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) o Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. e) del Codice non ancora costituiti al momento della presentazione dell'offerta, dai legali rappresentanti (o da persone munite di specifici poteri di firma

comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) di ciascuna impresa raggruppanda, riunenda o consorzianda;

- in caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI), o Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. e) del Codice già costituiti al momento della presentazione dell'offerta, dal legale rappresentante (o da persona munita di specifici poteri di firma comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) dell'impresa mandataria/capofila;
- in caso di Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, dai legali rappresentanti (o da persone munite di specifici poteri di firma comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) del Consorzio;
- in caso di GEIE si fa riferimento alla disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile;
- **barrare trasversalmente le parti che non interessano;**
- qualora gli spazi/forme di partecipazione esemplificate non siano sufficienti, inserirne di ulteriori senza alterare il contenuto sostanziale del presente facsimile.

Spettabile
**Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione Internazionale**
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione
Ufficio VIII - Trattamenti di quiescenza e previdenziali,
assicurazioni
Piazzale della Farnesina n. 1
00135 ROMA

DICHIARAZIONE DI OFFERTA TECNICA

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria per prestazioni urgenti e per il trasferimento d'infermo per il personale in missione - LOTTO 4 - CIG 9178995A4A – Offerta tecnica.

Il sottoscritto: _____

Nato a: _____ il _____

Residente a: _____ Provincia _____

via/piazza _____ n. _____

in qualità di: _____ dell'Impresa _____

(in caso di partecipazione in forma non individuale indicare tutte le imprese raggruppate o raggruppande, riunite o riunende, consorziate o consorziande), in nome e per conto della Società offerente, nonché delle eventuali Società Coassicuratrici o Raggruppate sopraindicate, con le percentuali di rischio assunte come indicato nella domanda di partecipazione alla presente gara:

- nel dare atto di avanzare la propria offerta tecnica avendo preso visione e conoscenza dell'intera documentazione di gara, delle condizioni contrattuali e di tutte le condizioni che influiscono sulla determinazione dei premi, di accettare integralmente le norme e condizioni contenute nel Capitolato di polizza relativo alla sopra indicata copertura assicurativa;
- tenuto conto dell'offerta economica presentata,

DICHIARA

(barrare l'opzione interessata)

☐

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 4 SENZA varianti**

in alternativa

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 4 con la/le seguente/i variante/i:**

	Variante n. 1
	Con riferimento all'Art 2 della Sezione 1 del Capitolato "Persone assicurabili" le trasferte saranno così classificate A) BREVI fino a 120 giorni continuativi B) LUNGHE oltre 120 giorni continuativi
	Punteggio assegnato: 30 punti

	Variante n. 2
	Con riferimento all'art. 7 della sezione I ("Massimali e franchigie"), il massimale per "tutte le spese mediche, compreso il trasporto", prese in carico dalla società si intende ILLIMITATO, fermi i limiti indicati nel medesimo articolo.
	Punteggio assegnato: 25 punti

	Variante n. 3
	La Società mette a disposizione degli Assicurati un'Applicazione Mobile che preveda almeno: - Accesso diretto alla Centrale Operativa - Servizi di informazione legati alla trasferta
	Punteggio assegnato: 15 punti

Il concorrente, inoltre, nell'accettare tutte le condizioni specificate nel Capitolato tecnico e nelle varianti eventualmente accettate, dichiara che la presente offerta è irrevocabile ed impegnativa sino al 180° (centottantesimo) giorno successivo al termine ultimo per la presentazione della stessa.

Luogo _____, data _____

Timbro _____ Firma _____

Timbro _____ Firma _____

Timbro _____ Firma _____

Note di compilazione:

- La presente offerta dovrà essere firmata digitalmente da parte del soggetto dichiarante;
- in caso di coassicurazione, da ciascuna impresa in coassicurazione in persona del legale rappresentante o del titolare o del procuratore dell'impresa;
- in caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) o Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. e) del Codice non ancora costituiti al momento della presentazione dell'offerta, dai legali rappresentanti (o da persone munite di specifici poteri di firma

comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) di ciascuna impresa raggruppanda, riunenda o consorzianda;

- in caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI), o Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. e) del Codice già costituiti al momento della presentazione dell'offerta, dal legale rappresentante (o da persona munita di specifici poteri di firma comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) dell'impresa mandataria/capofila;
- in caso di Consorzio di cui all'art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, dai legali rappresentanti (o da persone munite di specifici poteri di firma comprovati mediante produzione di copia conforme dell'atto di procura) del Consorzio;
- in caso di GEIE si fa riferimento alla disciplina prevista per i raggruppamenti temporanei di imprese, in quanto compatibile;
- **barrare trasversalmente le parti che non interessano;**
- qualora gli spazi/forme di partecipazione esemplificate non siano sufficienti, inserirne di ulteriori senza alterare il contenuto sostanziale del presente facsimile.