

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 assicurazione infortuni per il personale nei Paesi a rischio – LOTTO 1- CIG 8809473F15 – 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. 1 SENZA varianti**

**in alternativa**

l'accettazione integrale del **Capitolato Speciale per il Lotto n. 1 con la/le seguente/i variante/i:**

	<b>Variante n. 1 (alternativa a variante n. 2)</b>
	<p>In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponderà ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato i seguenti capitali pro-capite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per le categorie A e F: € 400.000,00</li> <li>• per le categorie B, G, L, Q e T: € 330.000,00</li> <li>• per le categorie C, D, H, I, M, N, P, R e S: € 250.000,00.</li> </ul>
	<b>Punteggio assegnato: 30 punti</b>

\*\*\*\*\*

	<b>Variante n. 2 (alternativa a variante n. 1)</b>
	<p>In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponderà ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato i seguenti capitali pro-capite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per le categorie A e F: € 410.000,00</li> <li>• per le categorie B, G, L e S: € 340.000,00</li> <li>• per le categorie C, D, H, I, M, N, P, R, T e U: € 260.000,00</li> </ul>
	<b>Punteggio assegnato: 50 punti</b>

\*\*\*\*\*

	<b>Variante n. 3</b>
	<p>In caso di accettazione della variante N. 3, l'art. 7 della Sezione 3 del Capitolato Speciale si intende integrato come segue: La somma di cui all'art. 7 della Sez. 3 (Rischi coperti) sarà incrementata di un ulteriore 50% (anziché del 40%) rispetto alla somma assicurata qualora tra i beneficiari o aventi diritto figurino figli fiscalmente a carico</p>
	<b>Punteggio assegnato: 10 punti</b>

\*\*\*\*\*

	<b>Variante n. 4</b>
	<p>In caso di accettazione della variante n. 4, l'impresa offerente pagherà per la garanzia Rimborso Spese Mediche, ove prevista, fino al massimale di Euro 15.000</p>
	<b>Punteggio assegnato: 5 punti</b>

\*\*\*\*\*

	<b>Variante n. 5</b>
	<p>In caso di accettazione della variante N. 5 l'art. 3 della Sezione 3 (Rischi coperti) si deve intendere sostituito dal seguente articolo: La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato con qualsiasi mezzo, in caso di decesso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €. 10.000 liquidabili a forfait senza necessità di produzione di documentazione contabile a sostegno delle spese.</p>

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 assicurazione rimborso spese mediche dei dipendenti della P.A. ad adesioni facoltative – LOTTO 2 - CIG 8809511E71.**

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 consorziate), 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 migliona/e**

**in alternativa**

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

<b>Voce</b>	<b>Elemento di valutazione</b>	<b>Da compilare a cura dell'offerente</b>	<b>Punti assegnati</b>
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"/>	8
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"/>	8
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"/>	8
Istituti di cura convenzionati in AFRICA	40 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 41 a 150	<input type="checkbox"/>	5
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	10
Centri diagnostici convenzionati in AUSTRALIA	10 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 11 a 40	<input type="checkbox"/>	5
	Oltre 40	<input type="checkbox"/>	8
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"/>	5
	Oltre 500	<input type="checkbox"/>	8

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"/>	8
Centri diagnostici convenzionati in AMERICA CENTRALE	10	<input type="checkbox"/>	2
	Da 11 a 50	<input type="checkbox"/>	5
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	8
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"/>	3
	< 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 assicurazione rimborso spese mediche del personale assunto con contratto locale ad adesioni facoltative – LOTTO 3- CIG 8809525A00 – 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 consorzianti), 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"/>	8
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"/>	8
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"/>	8
Istituti di cura convenzionati in AFRICA	40 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 41 a 150	<input type="checkbox"/>	5
	Oltre 150	<input type="checkbox"/>	10
Centri diagnostici convenzionati in AUSTRALIA	10 (requisito minimo)	<input type="checkbox"/>	0
	Da 11 a 40	<input type="checkbox"/>	5
	Oltre 40	<input type="checkbox"/>	8
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"/>	5
	Oltre 500	<input type="checkbox"/>	8

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"/>	8
Centri diagnostici convenzionati in AMERICA CENTRALE	10	<input type="checkbox"/>	2
	Da 11 a 50	<input type="checkbox"/>	5
	Oltre 50	<input type="checkbox"/>	8
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"/>	3
	< 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.