**SCHEDA DI OFFERTA**

**LOTTO 2 - CIG 8746722754**

Il sottoscritto .................................................................................................................. legittimato ad impegnare la Compagnia di assicurazioni denominata .......................... ............................................................................................................................................ Numero di telefono ……………………. Numero fax ……………………………….. Indirizzo e.mail ……………………………………………

 Indirizzo pec …...…………………………………………

**dichiara:**

(barrare la voce interessata)

* di accettare **senza alcuna riserva né restrizione** tutte le clausole e le condizioni contenute nel Capitolato Speciale
* di accettare tutte le clausole e le condizioni contenute nel CapitolatoSpeciale**,** **salvo le modifiche indicate nella scheda proposta di variante**

**della**

**POLIZZA INCENDIO, FURTO E KASKO**

##### AUTOVETTURE E/O VEICOLI

**DIPENDENTI IN MISSIONE**

**DELL’ UNIVERSITA' PER STRANIERI DI SIENA**

|  |  |
| --- | --- |
| Effetto: | ore 24:00 del 31 luglio 2021 |
| Scadenza: | ore 24:00 del 31 luglio 2024 |

**OFFRE QUANTO SEGUE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Capitale assicurato per ciascun veicolo****a****Primo Rischio Assoluto** | € 20.000,00 | **percorrenza annua preventivata**: Km. 5.665 | **Costo Euro/Km.……..** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREMIO ANNUO LORDO PREVENTIVATO:** | **€ ………………………………………...****EURO …………………………………………** |

Dichiara che:

gli **ONERI della SICUREZZA AZIENDALI** (Costi interni per la sicurezza del lavoro sopportati per la realizzazione dello specifico appalto; in caso di raggruppamento indicare la sommatoria dei costi di ciascun concorrente) relativi al presente appalto sono pari a € ………........................ per una percentuale stimata in misura pari al \_\_\_% del totale.

Dichiara, inoltre, che:

* la quota percentuale del rischio che intende assumersi in qualità di delegataria è pari al .…….... %
* è stata concordata, ai sensi dell’art.1911 del cod. civ., la chiusura del riparto, sino a copertura del 100 % del rischio, con le seguenti Compagnie di assicurazione:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Compagnia Coassicuratrice** | **Agenzia di …………………… N. Telefono …………. N. Fax ………………………….** | **quota % di partecipazione** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Firma per conferma ed accettazione

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