

## SCHEDA DI OFFERTA ECONOMICA Lotto 5

IL SOTTOSCRITTO ..... LEGITTIMATO AD  
IMPEGNARE LA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI DENOMINATA ..... NUMERO DI  
TELEFONO ..... NUMERO FAX ..... INDIRIZZO E.MAIL  
.....

### 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 CAPITOLATO SPECIALE, **SALVO LE MODIFICHE INDICATE NELLA SCHEDA PROPOSTA DI VARIANTE**

## OFFRE RELATIVAMENTE ALLA POLIZZA RC PATRIMONIALE DELL' UNIVERSITA' PER STRANIERI DI SIENA

|           |                             |
|-----------|-----------------------------|
| EFFETTO:  | ore 24:00 del 31 marzo 2025 |
| SCADENZA: | ore 24:00 del 31 marzo 2028 |

|                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| MASSIMALE PER SINISTRO | MASSIMALE IN AGGREGATO ANNUO |
| EURO 2.500.000,00      | EURO 5.000.000,00            |

### QUANTO SEGUE:

| RETRIBUZIONI STIMATE PARI A: | TASSO ANNUO LORDO | PREMIO ANNUO LORDO    |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|
| EURO 9.359.059,00            | _____             | € _____<br>EURO _____ |

DICHIARA CHE:

GLI **ONERI DELLA SICUREZZA AZIENDALI** (COSTI INTERNI PER LA SICUREZZA DEL LAVORO SOPPORTATI DA CIASCUNA IMPRESA 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 €.....

**I COSTI DELLA MANODOPERA** (ART.41 C. 14 D. LGS.36/2023 E S.M.I.) RELATIVI AL PRESENTE APPALTO SONO PARI A: €.....

**IL CONTRATTO COLLETTIVO APPLICATO È** .....

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.<br>FAX ..... | QUOTA % DI<br>PARTECIPAZIO<br>NE |
|---------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|
|                           |                                                    |                                  |
|                           |                                                    |                                  |

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_