



**ALLEGATO 10
SCHEMA OFFERTA TECNICA**

Lotto 1 Polizza Sanitaria

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, nella qualità di _____ e legale rappresentante della _____, con sede in _____, Via _____ codice fiscale n. _____ e partita IVA n. _____ (in caso di R.T.I., Coassicurazione o Consorzi non ancora costituiti in promessa di R.T.I., Consorzio o Coassicurazione _____ [indicare forma giuridica del gruppo] con le Imprese, _____, all'interno del quale la _____ verrà nominata Impresa capogruppo), di seguito denominata "**Impresa**"

FORMULA LA SEGUENTE OFFERTA TECNICA

N.B. Nella colonna D della seguente tabella indicare – barrando con una sola crocetta per ciascun numero progressivo - l'ID OPZIONE offerto

Colonna A	Colonna B	Colonna C		Colonna D	Colonna E
Progr.		Criteri di valutazione		ID OPZIONE	Punteggio
1	1. Consistenza della rete degli Istituti di cura in Regione Emilia-Romagna	Indicare numero delle strutture abilitate al ricovero convenzionate localizzati nella Regione Emilia-Romagna	Fino 15 strutture	ID1_1	3
			da 16 a 35 strutture	ID1_2	7
			Oltre 35	ID1_3	10

2	2. Consistenza della rete di centri convenzionati in Regione Emilia-Romagna	Indicare numero dei Centri diagnostici* convenzionati localizzati nella Regione Emilia-Romagna	Fino a 70 strutture	ID2_1	5
			da 71 a 100 strutture	ID2_2	8
			Oltre 100	ID2_3	12
3	3. Consistenza della rete odontoiatrica in Regione Emilia-Romagna	Indicare numero degli studi odontoiatrici convenzionati localizzati nella Regione Emilia-Romagna	Fino a 80 strutture	ID3_1	3
			da 81 a 150 strutture	ID3_2	7
			Oltre 150	ID3_3	10
4	4. Servizio di gestione	Tempi di liquidazione	Riduzione dei tempi di liquidazione da 30 gg a 20 gg	ID4_1	8
5	5. Servizio di gestione	Struttura Customer Care	Disponibilità di un Customer Care con operatori dedicati in numero non inferiore a 3.		
			Si	ID5_1	10
			No	ID5_1	0

6	6. Protesi Ortopediche	Accettazione della seguente clausola	Massimale offerto € 1.000,00 per il rimborso di protesi ortopediche con l'applicazione di uno scoperto del 20%	ID6_1	15
7	7. Malattie Oncologiche	Aumento massimale per persona e/o nucleo familiare	Massimale € 18.000,00	ID7_1	10
			Massimale € 22.000,00	ID7_2	15

*Centri Diagnostici: poliambulatorio, centro specialistico, tra cui i centri diagnostici (sia di diagnostica per immagini che di laboratorio), i Centri di fisioterapia e gli Studi medici e relativi medici chirurghi, con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Data _____

Firma _____