

**PROCEDURA APERTA D.LGS 163/2006 PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO  
ASSICURATIVO INERENTE LA POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE DEL  
PERSONALE DELLA POLIZIA MUNICIPALE  
MODELLO DI OFFERTA TECNICA**

**1) VARIANTI MIGLIORATIVE AL CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO ( max punti 5):**

Vengono valutati i contenuti complessivi della proposta presentata con riferimento a :

- a. **Massimali e limiti di indennizzo**
- b. **Franchigie e scoperti**
- c. **Altri elementi premianti al capitolato**

---

---

---

---

**2) ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO ( max punti 20)**

Vengono valutati i contenuti complessivi della proposta presentata con riferimento a

- a. **Modalità di organizzazione del servizio di call center con particolare riferimento al numero di personale messo a disposizione per l’espletamento del servizio e organizzazione della diffusione delle convenzioni fra gli assicurati;**
- b. **Modalità di organizzazione del servizio con riferimento alla prenotazione delle prestazioni sanitarie;**
- c. **Modalità di organizzazione del servizio con riferimento all’assistenza agli assicurati per le erogazioni delle prestazioni previste in polizza ( ad es. eventuale dotazione carta per l’assistenza, tracciabilità delle richieste,ecc....)**
- d. **Modalità di erogazione del servizio per tutte e tre le tipologie di cui alle lettere a),b) e c) del presente punto con riferimento all’utilizzo di una rete/service esterna o direttamente per tramite della compagnia detentrica del rischio;**

---

---

---

---

---

---

**3) POSSESSO DI CONVENZIONI NEL TERRITORIO DEL COMUNE E/O DELLA PROVINCIA DI FIRENZE E/O PISTOIA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE INDICATE AL PUNTO 3.1 LETTERA G) DEL DISCIPLINARE DI GARA; SI PRECISA CHE LA/E CONVENZIONE/I POSSEDUTA/E DEVE/DEVONO COMPRENDERE LE SEGUENTI PRESTAZIONI SANITARIE :**

- 1. visite specialistiche relative a cardiologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica,radiografie denti e cure dentarie;
- 2. analisi cliniche di base;
- 3. trattamenti fisioterapici

4. prestazioni di alta specializzazione e cioè RMN,TAC,Ecografia,Mammografia,Angiografia,Cardiografia

**MAX 15 PUNTI 15 così suddivisi :**

- **Possesso convenzione/i nel territorio del Comune e/o della Provincia di Firenze** (*barrare la casella che interessa*): **MAX 10 PUNTI**

**SI**  **NO**

In caso di risposta affermativa indicare ubicazione e denominazione Istituto

---

---

---

- **Possesso convenzione/i nel territorio del Comune e/o della Provincia di Pistoia** (*barrare la casella che interessa*): **MAX 5 PUNTI**

**SI**  **NO**

In caso di risposta affermativa indicare ubicazione e denominazione Istituto

---

---

---

- **Possesso convenzione/i nei territori del Comune e/o delle Province di Firenze e Pistoia** (*barrare la casella che interessa*): **MAX 15 PUNTI**

**SI**  **NO**

In caso di risposta affermativa indicare ubicazione e denominazione Istituto :

---

---

---

**TIMBRO E FIRMA** leggibile e per esteso del legale rappresentante o di altra persona munita di poteri di rappresentanza

**In caso di coassicurazione timbro e firma delle imprese rientranti nel reparto**

***N.B : SI EVIDENZIA CHE LA MANCATA INDICAZIONE DEI DATI RELATIVI AD UNO O PIU' DEGLI ELEMENTI DI VALUTAZIONE DELLA PRESENTE OFFERTA TECNICA COMPORTERA' LA NON ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO CORRELATO ALL'ELEMENTO I CUI DATI NON SONO STATI INDICATI***

***N.B SI FA PRESENTE CHE IN CASO DI INSUFFICIENZA DEGLI SPAZI CONTENUTI NEL PRESENTE MODELLO OVVERO PER ALTRE PARTICOLARI ESIGENZE, L'IMPRESA PUO' RIPRODURRE IL CONTENUTO DEL MODELLO SU ALTRO STAMPATO OVVERO INTEGRARE IL MODELLO CON DICHIARAZIONI AGGIUNTE; IN TAL CASO IL MODELLO PREDISPOSTO NON DEVE SUPERARE MASSIMO 10 PAGINE FORMATO A4, INTERLINEA SINGOLA CARATTERE 11***