

Allegato nr. 3

CONCORSO PER L'AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA CONTRO GLI INFORTUNI SECONDO LA LAINF E L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE ALLA LAINF PER IL PERSONALE DEL LAC LUGANO ARTE E CULTURA

Formulario relativo alle attestazioni.

b) Gestione dei sinistri integralmente in lingua italiana

Con la presente certifichiamo che la nostra compagnia:

- effettua la gestione dei sinistri integralmente in lingua italiana
- non effettua la gestione dei sinistri integralmente in lingua italiana

c) Case manager certificato e rete di medici/ospedali a livello ticinese e svizzero

Con la presente certifichiamo che la nostra compagnia:

- dispone di un Case Manager certificato (CAS Case Management) per la gestione di sinistri complessi e della reintegrazione professionale, in lingua italiana.

Indicare persona di riferimento e indirizzo:

.....

- dispone di un Case Manager non certificato ma formato per la gestione dei sinistri complessi e della reintegrazione professionale, in lingua italiana.

Indicare persona di riferimento e indirizzo:

.....

- dispone di una rete di medici/ospedali a livello ticinese e svizzero in grado di garantire qualità e celerità di servizio.
- non dispone di una rete di medici/ospedali a livello ticinese e svizzero in grado di garantire qualità e celerità di servizio.

d) Capacità di ricevere file salari in formato XLM attraverso il sistema Swissdec

Con la presente certifichiamo che la nostra compagnia:

- è in grado di ricevere file salari in formato XLM attraverso il sistema Swissdec
- non è in grado di ricevere file salari in formato XLM attraverso il sistema Swissdec

e) Partecipazione alle eccedenze per la copertura complementare LAINF

Con la presente, si certifica che la nostra offerta contempla una partecipazione alle eccedenze come segue (indicare la parte di Quota e di Premio negli appositi spazi):

Parte Quota: _____ . Parte Premio: _____ .

(Il punteggio sarà assegnato come indicato a Capitolato punto 2.3 – “e) Partecipazione alle eccedenze per la copertura complementare LAINF”).

Firma:

Luogo e data: