

**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL PIANO DI  
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER TUTTO IL PERSONALE DELLA  
FONDAZIONE ENASARCO  
CIG 7569989889**

**QUESITO 1**

1) Qualora si opti per la partecipazione nella forma della coassicurazione in quale deve essere ripartito, tra mandante e mandataria, i requisiti di capacità tecnico organizzativa di cui alla pagina 7 del disciplinare, punti 1, 2, 3 e 4 e più precisamente se è sufficiente che un singolo requisito sia posseduto anche solo dalla mandataria.

**Nel caso di coassicurazione, la compagnia delegataria dovrà ritenere una quota maggioritaria rispetto alle altre singole coassicuratrici non inferiore al 70%.**

**In caso di RTI il complesso dei requisiti di capacità tecnico-organizzativa dovrà essere posseduto sia dalla mandante che dalla mandataria.**

**QUESITO 2**

1) Allegato 7 "Situazione sinistri"; si chiede:

- il periodo di riferimento della statistica, e la data di aggiornamento della stessa;

**Il periodo di riferimento è 01/01/2017 – 31/12/2017; aggiornamento alla data del 07/02/2018.**

2) conferma che la statistica fornita contenga sia i sinistri chiusi che quelli pendenti, e se è possibile avere la distinzione fra le due tipologie.

**Si conferma.**

3) di poter comunque avere le statistiche aggiornate sinistri/ premi relative alle annualità 2016, 2017 ed a quella in corso con le seguenti voci di dettaglio:

- o categoria assicurata
- o tipo prestazione (specifica come da allegato 7)
- o importo e numero dei sinistri chiusi
- o importo e numero dei sinistri pendenti
- o premi totali per categoria
- o a quanto ammontano attualmente lo scoperto fuori rete nell'area ricovero; le franchigie e lo scoperto in rete e fuori rete delle spese domiciliari ed extra-ospedaliere; le franchigie e gli scoperti delle cure dentarie fuori rete;
- i premi lordi per nucleo, distinti per categoria assicurata, attualmente sostenuti.

**Vedi quadro sinottico in allegato**

4) se è previsto, ed in tal caso se è possibile averlo, uno schema per presentare l'offerta tecnica (quantomeno per indicare il numero di strutture disponibili);

**Non è previsto**

5) se lo schema di contratto, con capitolato tecnico ed allegato B sono modificabili (a parte quanto previsto dallo schema per l'offerta tecnica)

**Non sono modificabili**

6) come devono essere gestiti i massimali delle singole garanzie nel caso di diminuzione (non coincidente con l'annualità assicurativa) del personale assicurato che abbia comportato il rimborso del premio (riferimento: Schema di Contratto, art. 12 "Premio", punto 5).

**Non è previsto il rimborso.**

7) Si chiede ovvero se:

- la data di effetto della cessazione dalla copertura assicurativa debba coincidere con la data dell'evento (fermo quanto previsto dall'Allegato B relativamente alle cessazioni di lavoro - "Condizioni Generali di Assicurazione/ Variazioni nuove persone assicurate e regolazione del premio")

**Nelle condizioni di assicurazione vengono definite le modalità di gestione delle entrate ed uscite nel corso dell'anno.**

8) a fronte del rimborso di premio che si dovesse generare, anche i massimali delle singole garanzie debbano essere rapportati al periodo di permanenza in assicurazione, o debbano mantenersi annui.

**I massimali debbono essere considerati sempre su base annuale. L'assicurato rimarrà in copertura fino alla fine della scadenza anniversaria.**

9) Si richiede conferma che la partecipazione alla gara è consentita anche alle Agenzie in quanto munite di procura speciale rilasciata dalla Compagnia.

Si richiama il punto 3 del disciplinare che prevede, nel caso delle compagnie assicuratrici, la partecipazione esclusiva alle Direzioni Generali delle Compagnie, alle Gestioni in Economia (Gerenze) e alle Rappresentanze dirette delle Compagnie estere.

### QUESITO 3

1. Si chiede di indicare la denominazione del soggetto che gestisce l'attuale copertura assicurativa;

Cassa Mutua MBA.

2. Si chiede se siano previste delle provvigioni che l'aggiudicatario dovrà corrispondere ad un broker per l'intermediazione e, in caso di risposta affermativa, di indicarne l'importo;

Non è prevista alcuna clausola broker né costi di intermediazione.

3. In riferimento all'ammontare dell'appalto, si segnala che nel disciplinare di gara al par.2 Oggetto ed ammontare dell'appalto, la seguente tabella:

Qualifiche	Nr.	Pro-capite	Premio/ Contributo	Ipotesi Opzione B	Importo fisso	Premio/ contributo
DIRIGENTI	9	€ 3.500,00 comprensivo del nucleo familiare	€ 31.500,00	—	—	—
QUADRI	21	€ 2.000,00	€ 42.000,00	19	€ 800,00	€ 15.200,00
IMPIEGATI	392	€ 1.825,00	€ 715.400,00	224	€ 800,00	€ 179.200,00
<b>TOTALE</b>	<b>422</b>		<b>€ 788.500,00</b>			<b>€ 194.400,00</b>

presenta un refuso. La somma alla colonna "Premio/Contributo" con il calcolo dell'ammontare annuo dell'ammontare dell'appalto per la sola copertura A è pari ad € 788.900,00 e non € 788.500,00. Di conseguenza l'ammontare complessivo a base d'asta per la copertura A, per un periodo di 36 mesi sarebbe pari a € 2.366.700,00; considerato che per la copertura B nulla cambia, l'ammontare complessivo dell'appalto, comprensivo anche della copertura B, su 36 mesi è pari € 2.949.900,00 (€ 2.366.700,00 polizza A + € 583.200,00 polizza B). Inoltre l'importo della cauzione provvisoria, calcolata come il 2% sul valore totale dell'appalto, viene ricalcolato pari a € 58.998,00 e non pari a € 58.974,00 come indicato nel disciplinare di gara. Si chiede pertanto di confermare quali sia gli importi corretti e l'ammontare della cauzione.

L'ammontare complessivo a base d'asta, come indicato nel bando di gara, è pari a euro 2.948.700,00 e su tale importo va calcolato l'ammontare della cauzione provvisoria. La differenza segnalata attiene ad un arrotondamento degli importi.

4. Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso; o in alternativa l'indicazione delle modifiche rilevanti intervenute nelle condizioni di polizza nel corso dell'ultimo triennio.

Vedi quadro sinottico in allegato

5. Nel file *Allegato 7 Situazione Sinistri* sono elencate le novità nel capitolato posto a base della gara rispetto alle condizioni in corso; in riferimento al punto 3) si chiede di conoscere: la percentuale di scoperto fuori rete area ricovero prevista dalle condizioni in corso; le franchigie e gli scoperti in rete e fuori rete per Domiciliari ed Extraospedaliere previste dalle condizioni in corso; il massimale previsto dalle attuali condizioni per le spese domiciliari per prestazioni fisioterapiche e medicinali; le franchigie e gli scoperti previste dalle condizioni in corso per le cure dentarie fuori rete.

Vedi quadro sinottico in allegato

6. In riferimento al file *Allegato 7 Situazione Sinistri* si chiede:

- di indicare la data di estrazione dei dati;
- se i premi riportati sono a lordo a netto delle imposte;
- di specificare se l'importo dei sinistri comprende il solo importo pagato o anche l'importo riservato. Nel caso in cui questo comprenda unicamente gli importi pagati, si chiede di ricevere anche l'indicazione degli importi posti a riserva;
- a quali annualità si riferiscano i dati riportati nella tabella. Sarebbe opportuno ricevere una statistica sinistri dettagliata delle ultime tre annualità;
- di ricevere il dettaglio con la distinzione tra sinistri erogati mediante strutture convenzionate, sinistri pagati in regime rimborsuale e sinistri a carico del SSN;

- di specificare, per ciascuna categoria, se i sinistri riportati in tabella si riferiscono al solo titolare o anche ai familiari; in virtù dell'esclusione dei familiari sarebbe opportuno ricevere, almeno per la categoria quadri ed impiegati, i dati riguardanti i sinistri distinti tra sinistri relativi al solo caponucleo e sinistri riferiti ai familiari;
- di specificare, per ciascuna categoria, se i sinistri riportati in tabella si riferiscono alla sola polizza A o anche alla polizza B; se disponibile sarebbe opportuno ricevere una statistica sinistri per la sola polizza A e una statistica sinistri per la sola polizza B.

Vedi quadro sinottico in allegato e risposte ai precedenti quesiti.

7. Si chiede di ricevere, per ciascuna delle ultime tre annualità e per quella in corso, l'indicazione dei premi lordi annui per ciascuna categoria assicurata e, se disponibile, il dettaglio dei premi lordi annui relativi alla sola polizza A e dei premi lordi annui relativi alla sola polizza B.

Il premio annuo lordo del contratto in corso è di euro 700.000,00 per tutte le categorie assicurate (dirigenti, quadri e impiegati, inclusi i familiari - per la categoria impiegati solo quelli fiscalmente a carico); per quelli non fiscalmente a carico della categoria impiegati il premio annuo lordo del contratto in corso è pari a euro 500,00 pro-capite.

8. Si chiede, per ciascuna delle ultime tre annualità, l'indicazione del numero di nuclei assicurati per ciascuna categoria assicurata con il dettaglio, se disponibile, del numero di capi-nucleo e dei familiari assicurati.

Per tutte le categorie (dirigenti, quadri e impiegati), il nucleo assicurato coincide con il numero dei soggetti stessi (per gli impiegati solo i familiari fiscalmente a carico).

9. Si chiede di chiarire se il pagamento dell'importo fisso di € 800,00 per l'adesione alla polizza B, deve essere pagato per ogni familiare del quadro e dell'impiegato al quale si intenda estendere la copertura; oppure se, in alternativa, l'importo di € 800 permette di estendere la copertura a tutto il nucleo familiare.

L'importo di euro 800,00 permette di estendere la copertura a tutto il nucleo familiare, nei limiti previsti dalle "Condizioni generali di assicurazione" allegata agli atti di gara

10. Nel file *All. A scheda copertura impiegati*, è riportato per il fuori rete dell'area ricovero "Scoperto ricovero 20% minimo € 1.300; Intervento ambulatoriale riduzione del minimo € 300". Si chiede di specificare se il minimo fuori rete per l'intervento ambulatoriale sia pari a € 1000 (ovvero 1300 - 300) o sia invece pari ad € 300;

Il minimo fuori rete è pari a 300 euro.

11. Nel file *All. B scheda copertura QUADRI*, è riportato per il fuori rete dell'area ricovero "Scoperto ricovero 20% minimo € 1.200; Intervento ambulatoriale riduzione del minimo € 250". Si chiede di specificare se il minimo fuori rete per l'intervento ambulatoriale sia pari a € 950 (ovvero 1.200 - 250) o sia pari ad € 250;

Il minimo fuori rete è pari a 250 euro.

12. Nel disciplinare di gara *par. 12.4 Valutazione dell'offerta tecnica - contenuto della busta B*, nella tabella dell'offerta tecnica punto *g. massimale visite specialistiche (categoria impiegati)* bisogna scegliere tra due opzioni "fino a € 2.500" o "fino a € 3.000". Si chiede conferma che la miglioria richiesta è un aumento del massimale per le visite specialistiche da € 5.000 (importo da capitolato per spese extraospedaliere) a € 7.500 o ad € 8000. Inoltre si chiede se la miglioria vada applicata alla sola polizza A o anche alla polizza B.

Si conferma che i massimali delle visite Specialistiche e delle extraospedaliere sono due massimali distinti e che l'aumento del massimale è relativo ad ogni singola garanzia

#### QUESITO 4

1) Con riferimento al punto 8 del modulo 3, si chiede conferma che in caso di partecipazione in forma singola da parte di una Compagnia di assicurazione si dovrà scrivere al punto 8: "nessuna documentazione in quanto concorrente partecipante in forma singola".

Al punto 8 dell'allegato 3 va indicato il soggetto che dovrà rendere le prestazioni (vedi pagina 4 paragrafo primo del disciplinare).

2) Si chiede conferma che in ipotesi di assolvimento telematico del pagamento del contributo ANAC, andrà prodotta la stampa della ricevuta elettronica di avvenuto pagamento.

Si conferma

3) Con riferimento al § 9, VII, del Disciplinare, si chiede conferma che relativamente al Disciplinare da allegare sottoscritto per accettazione, sia sufficiente allegare il testo principale del disciplinare e non anche i relativi allegati da 3 a 7.

**Si conferma**

4) Con riferimento alla Relazione Tecnica che il concorrente dovrà produrre, si chiede conferma se la stessa dovrà essere articolata esclusivamente con riferimento ai punti di cui ai criteri individuati al § 12.4 del Disciplinare.

**Si conferma**

5) Con riferimento all'Allegato 4, pagina 2, si chiede conferma che nella tabella relativa ai soggetti muniti dei poteri di amministrazione e/o della rappresentanza del concorrente non debbano essere riportati i consiglieri di amministrazione non aventi potere di rappresentanza.

**Vanno indicati tutti i soggetti indicati all'art. 80 del D.Lgs.vo 50/2016 e s.m.i.**

6) Con riferimento all'Allegato 4, pagina 2, si chiede conferma che non vadano riportati gli ulteriori soggetti di cui all'art. 80 del codice appalti (a titolo esemplificativo i componenti del collegio sindacale) che non sono citati nelle tabelle predisposte dalla stazione appaltante, dovendo però allegare comunque anche per tali soggetti le dichiarazioni di cui ai moduli 5 o 5bis.

**L'allegato 4 va compilato adattandolo alla realtà del concorrente; di conseguenza dovranno essere riportati tutti i soggetti indicati all'art. 80 del D.Lgs.vo 50/2016 e s.m.i., per i quali - inoltre - dovranno essere rese anche le dichiarazioni di cui agli allegati 5 e/o 5 bis.**

7) Con riferimento alla dichiarazione di cui al punto 2, pagina 5, dell'Allegato 4 al disciplinare, relativa al possesso di una raccolta premi assicurativi minima nel settore di attività oggetto dell'appalto, si chiede conferma che il concorrente dovrà indicare la raccolta premi come risultante dai bilanci e pertanto, la tabella presente nell'indicato modulo andrà valorizzata esclusivamente con riferimento alla colonna Anno e Importo, quest'ultimo da intendersi come raccolta premi.

**La tabella è stata predisposta per agevolare le verifiche di comprova dei requisiti; il concorrente può valorizzare - se lo ritiene opportuno - i dati indicati oppure dichiarare il possesso dei requisiti nel loro complesso.**

8) Con riferimento alla dichiarazione di cui al punto 3, pagina 5, dell'Allegato 4 al disciplinare, relativa alla gestione di almeno 50 contratti inerenti servizi analoghi, si chiede conferma che la tabella vada valorizzata esclusivamente con i dati relativi ai 5 contratti con importo non inferiore all'80% del premio annuale lordo a base d'asta.

**Si rimanda alla risposta fornita al precedente sub-quesito.**

## **QUESITO 5**

1) È presente un broker? In caso affermativo indicarne la ragione sociale e relative commissioni;

**Si rimanda alla risposta fornita al quesito n. 3 sub. 2**

2) Si chiede di confermare che il rinnovo della copertura, per un massimo di 1 anno, sia subordinato alla volontà di ambo le Parti; ovvero non è sufficiente la volontà dell'Ente ma è necessaria l'accettazione della Compagnia;

**3) Si conferma che il rinnovo è subordinato alla volontà di ambo le Parti.**

Si chiede di indicare l'età media dei dipendenti da assicurare;

**Il dato non è disponibile.**

4) Si chiede di indicare, per singola annualità, relativamente all'ultimo triennio (2016-2017-2018):

- il numero di assicurati
- il premio complessivo
- i sinistri
- suddivisi per:
  - Dirigenti
  - Impiegati
  - Quadri
  - Quiescenti
  - Familiari a carico degli impiegati
  - Familiari non a carico degli impiegati
  - Familiari a carico dei quadri
  - Familiari non a carico dei quadri

- Familiari dei Quiescenti

**I dati disponibili sono indicati nel quadro sinottico.**

5) In relazione ai sinistri ferma la suddivisione secondo le categorie sopra descritte, si chiede di indicare il numero di sx pagati e relativo importo, il numero di sx riservati e relativo importo, il numero di sx senza seguito: suddivisi per:

- prestazione interessata
- canale di accesso (rete/fuori rete/SSN)

**I dati disponibili sono indicati nel quadro sinottico.**

6) In relazione ai sinistri sopra richiesti si chiede inoltre di indicare in quale data è stata realizzata l'estrazione.

**L'estrazione è stata effettuata in data 07/02/2018.**

7) Si chiede di indicare a quale periodo si riferisce il dato sinistri di cui all'allegato 7 e qual è la data alla quale fa riferimento l'estrazione.

**Il periodo di estrazione è dal 01/01/2017 al 31/12/2017.**

8) Nell'allegato 7 "situazione sx" è indicato l'importo dei premi per singola categoria per un totale di € 700.000 e pertanto si deduce che sono quelli a carico della Fondazione. Il precedente capitolato prevedeva l'adesione volontaria dei familiari non a carico degli impiegati in servizio, dei dipendenti in quiescenza e dei familiari dei dipendenti in quiescenza. Si prega di indicare l'importo dei premi relativi a tali adesioni volontarie per le annualità 2016, 2017 e 2018; si chiede anche di chiarire se nell'importo dei sinistri indicati sono compresi o meno i sinistri riferiti alle categorie ad adesione volontaria;

**Il dato non è disponibile.**

9) Si chiede di indicare le regolazioni premio intervenute nelle annualità 2016 e 2017;

**Non sono intervenute, al momento, regolazioni di premio.**

10) Si chiede di indicare, per ciascuna annualità assicurativa, almeno per l'ultimo triennio (2016-2017-2018), il numero dei sinistri riferiti alle spese fisioterapiche ed ai medicinali ed il relativo importo;

**I dati disponibili sono indicati nel quadro sinottico.**

11) Si chiede di allegare le condizioni complete della polizza in corso e le schede riepilogative delle prestazioni in corso per ciascuna categoria assicurata.

**I dati disponibili sono indicati nel quadro sinottico.**

## **QUESITO 6**

1) Si chiede conferma che per Fornitore si intende sempre e comunque la Cassa Sanitaria Contraente e che i requisiti richiesti siano a suo totale carico

**L'indicazione del "Fornitore" è relativa al soggetto che stipulerà il contratto.**

2) Si richiedono le statistiche sinistri analitiche con l'indicazione per ogni sinistro:

- importo richiesto
- importo pagato
- garanzia colpita
- prestazione colpita specifica (es: nell'ambito della garanzia specialistiche se fisioterapiche, medicinali, ecc.)
- Assicurato colpito:
- categoria primaria (dirigente/impiegati/quadri)
- qualifica all'interno del nucleo (caponucleo o appartenente al nucleo)

**I dati disponibili sono indicati nel quadro sinottico.**

## **QUESITO 7**

1) Ai fini di una corretta valutazione del rischio si chiede di fornire i fascicoli informativi relativi ai piani in corso per dirigenti, quadri e impiegati. Si chiede inoltre di specificare a quale periodo si riferisce l'andamento sinistri pubblicato all'interno dell'Allegato 7 "situazione sinistri" e quale sia la relativa data di osservazione.

**I dati disponibili sono indicati nel quadro sinottico.**

2) Con riferimento al punto 3 del Disciplinare di Gara, anche in considerazione del fatto che al terzo capoverso viene esplicitato che: *"Nel caso in cui dovesse essere prescelta quale forma di partecipazione il Raggruppamento Temporaneo di Imprese, il requisito tecnico-organizzativo potrà essere posseduto cumulativamente sia dalla Mandante che dalla Mandataria."*, si chiede conferma che trattasi di un refuso quanto indicato al capoverso



successivo, laddove si specifica che *"Nel caso di RTI tra una Cassa e una Compagnia di Assicurazione, si evidenzia che i contributi non sono cumulabili con i premi e, pertanto, il relativo requisito economico finanziario dovrà essere posseduto autonomamente da entrambi i soggetti."*, in quanto tale ultimo capoverso appare contraddittorio rispetto al punto precedente, nonché eccessivamente oneroso e limitante rispetto ai principi di libera concorrenza, *favor participationis* e proporzionalità di cui all'art. 30 del Codice Appalti.

**Si conferma sia il requisito tecnico organizzativo (vedi anche risposta al quesito n. 1) che quello economico finanziario.**

3) Con riferimento ai requisiti di capacità economica e finanziaria di cui al punto 4 del Disciplinare di Gara, laddove è previsto quanto segue: *"Raccolta premi assicurativi nel settore di attività oggetto dell'appalto, (oppure di contributi nel caso di Cassa, Fondo o Mutua) complessivamente negli ultimi tre esercizi finanziari approvati alla data di pubblicazione del Bando, di €. 20.000.000,00, nel triennio 2015-2016-2017"*, si chiede conferma che trattasi di un refuso la cifra di €.20.000.000,00, posto che l'importo risultante dalla suddivisione della stessa per ciascuna annualità del triennio appare ampiamente superiore al limite imposto dall'art. 83 comma 5 del Codice Appalti ed eccessivamente oneroso e limitante rispetto ai principi di libera concorrenza, *favor participationis* e proporzionalità di cui all'art. 30 del Codice Appalti.

**Si conferma il requisito economico finanziario come riportato nel Disciplinare.**

4) Con riferimento ai requisiti di capacità tecnico organizzativa di cui al punto 4 del Disciplinare di Gara, laddove è richiesto quanto segue: *"Aver stipulato nel triennio 2015 - 2016 - 2017, almeno n. 50 contratti inerenti servizi analoghi, di cui almeno 5 contratti con importo non inferiore allo 80% del premio annuale lordo posto a base d'asta."*, si chiede conferma che trattasi di refuso il numero di "50" contratti inerenti servizi analoghi, posto che il requisito appare eccessivamente oneroso e limitante rispetto ai principi di libera concorrenza, *favor participationis* e proporzionalità di cui all'art. 30 del Codice Appalti.

**Si conferma il requisito economico finanziario come riportato nel Disciplinare.**

5) A pag. 3 all'art. 2 "oggetto e ammontare dell'appalto" il premio/contributo totale per la parte A riportato in tabella è pari a € 788.500,00 ma la somma dei premi/contributi relativi alla parte A per dirigenti, quadri e impiegati è pari a € 788.900,00 si chiede conferma che l'indicazione di € 788.500,00 costituisca un refuso.

**Si rimanda alla risposta fornita al quesito n. 3 sub 3**

6) A pag. 15 all'art. 10 si legge: *"La Busta "B - Offerta Tecnica" dovrà contenere, a pena di esclusione dalla gara, una relazione tecnica completa e dettagliata, in originale e in lingua italiana, del servizio offerto che dovranno essere conformi ai requisiti indicati nel Capitolato Tecnico, con riferimento ai criteri utilizzati per la valutazione qualitativa."* Si chiede di specificare quali tra i criteri di valutazione dell'offerta tecnica siano oggetto di "valutazione qualitativa". Si chiede inoltre in che modo verrà attribuito il punteggio secondo la "valutazione qualitativa".

**I criteri di valutazione tecnica sono esclusivamente quantitativi; il concorrente - se lo riterrà opportuno - potrà in sede di presentazione specificare le modalità di resa del servizio, che non saranno comunque oggetto di valutazione discrezionale.**

7) A pag. 17 con riferimento all'art. 12.4 "Valutazione dell'offerta tecnica - contenuto della busta B" criteri "a. Strutture abilitate al ricovero sul territorio nazionale" e "b. Strutture abilitate al ricovero a Roma e Provincia" al fine di evitare doppi conteggi della medesima struttura o l'inserimento di strutture non abilitate al ricovero secondo la definizione del ministero della Salute, si chiede conferma che le strutture abilitate al ricovero sul territorio nazionale / a Roma e provincia dichiarate da ogni Compagnia / Cassa debbano essere ricondotte in maniera univoca a quelle presenti nell'elenco reso disponibile dal Ministero della Salute al seguente link:

[http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_1\\_1.jsp?id=13](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?id=13)

File intitolato *"Elenco delle strutture di ricovero attive al 30 dicembre 2016 (xls, 0.83 Mb)"* e che le strutture non presenti in tale elenco non possano essere considerate "strutture abilitate al ricovero".

Si chiede inoltre conferma che, al fine di evitare nel conteggio delle "strutture abilitate al ricovero" l'inserimento di strutture attualmente non più convenzionate, il rapporto di convenzione tra la Compagnia / Cassa e la struttura abilitata al ricovero debba essere comprovata da apposito atto in corso di validità.

Si confermano entrambe.

8) A pag. 17 con riferimento all'art. 12.4 "Valutazione dell'offerta tecnica - contenuto della busta B" si chiede quali siano gli elementi essenziali, che dovranno essere inclusi nella relazione tecnica, e che quindi verranno presi in considerazione dalla commissione nell'attribuzione dei punteggi di cui:

- lettera "c. Possesso di Sito web"

(a) con possibilità di eseguire upload della documentazione inerente la denuncia sinistro:

(b) con possibilità di eseguire la gestione del sinistro e quindi di integrare la documentazione mancante ai fini liquidativi

- lettera "f. Offerta per l'estensione delle prestazioni al nucleo familiare di Quadri e Impiegati" criterio "Offerta di diversificazione della medicina preventiva per fasce d'età (inclusa l'età pediatrica)"

Si chiede inoltre se i punteggi relativi agli ai criteri 'a', 'b', 'd', 'e', 'f' (per la sola parte di estensione al nucleo), 'g', 'h' dell'offerta tecnica verranno attribuiti in modo tabellare, per esempio al criterio 'e' nel caso in cui due operatori offrano rispettivamente un numero di giorni pari a 19 e 15, ad entrambi saranno comunque attribuiti 10 punti.

Si conferma e si rimanda anche alla risposta al precedente quesito sub 6.

#### **Allegato B al Capitolato tecnico**

9) Con riferimento a pag. 12 si chiede conferma che la garanzia A punto 9 sia operante in deroga all'esclusione di cui a pag. 17 all'art. "delimitazioni" punto 'e'.

Non si conferma.

10) Con riferimento a pag. 12 si chiede conferma che la garanzia B includa oltre all'assistenza medica prestata durante il ricovero, anche l'assistenza infermieristica.

Si conferma.

11) Con riferimento a pag. 13 si chiede conferma che la 'modifica visus' di cui alla garanzia G possa essere certificata sia da ottico optometrista che da medico oculista.

Si conferma.

#### **Copertura - Rimborso Spese Mediche Dirigenti**

12) Con riferimento alla sezione "FUORI RICOVERO" si propongono le seguenti interpretazioni:

a. Al punto 'Spese extraospedaliere' il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

b. Al punto 'Spese domiciliari' sono indicati i limiti che si applicano alle prestazioni comprese nella garanzia 'D. In caso di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici' a pagina 13 dell'Allegato B al Capitolato Tecnico. Il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

c. Al punto 'Cure dentarie' il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

d. Al punto 'Protesi ortopediche' la franchigia fissa si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

Si chiede se tali interpretazioni risultino corrette, in caso negativo si prega di specificare la corretta modalità di applicazione dei limiti suindicati.

Per i punti a) e b) si conferma per invio e per patologia; sui punti c) e d) si conferma per invio.

#### **Copertura - Rimborso Spese Mediche Quadri**

13) Con riferimento alla sezione "FUORI RICOVERO" si propongono le seguenti interpretazioni:

a. Al punto 'Spese extraospedaliere' il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

b. Al punto 'Spese domiciliari' sono indicati i limiti che si applicano alle prestazioni comprese nella garanzia 'D. In caso di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici' a pagina 13 dell'Allegato B al Capitolato Tecnico. Il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

c. Al punto 'Cure dentarie' il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

d. Al punto 'Protesi ortopediche' la franchigia fissa si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

Si chiede se tali interpretazioni risultino corrette, in caso negativo si prega di specificare la corretta modalità di applicazione dei limiti suindicati.

Per i punti a) e b) si conferma per invio e per patologia; sui punti c) e d) si conferma per invio.

### **Copertura - Rimborso Spese Mediche Impiegati**

- 14) Con riferimento alla sezione "FUORI RICOVERO" si propongono le seguenti interpretazioni:
- e. Al punto 'Spese extraospedaliere' il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.
  - f. Al punto 'Spese domiciliari' sono indicati i limiti che si applicano alle prestazioni comprese nella garanzia 'D. In caso di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici' a pagina 13 dell'Allegato B al Capitolato Tecnico. Il minimo in fuori rete si applica per invio, intendendo per invio l'insieme delle spese di cui si chiede il rimborso in un'unica soluzione.

Per i punti e) e f) si conferma per invio e per patologia

## **ANDAMENTO SINISTRI**

<b>Andamento sinistri 2017 al 07/02/2018</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Sinistri</b>	<b>Premi</b>	<b>Andamento S/P</b>
<b>Dirigenti</b>	<b>€ 42.672,19</b>	<b>€ 20.100,00</b>	<b>212%</b>
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRARICOVERO	€ 18.509,26		
CURE DENTARIE	€ 18.339,05		
DIARIA SOSTITUTIVA - SPESE A CARICO SSN	€ 3.622,50		
LENTI E/O OCCHIALI	€ 2.201,38		
CHECK UP	€ -		
<b>Quadri</b>	<b>€ 49.558,45</b>	<b>€ 39.900,00</b>	<b>124%</b>
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRARICOVERO	€ 22.020,27		
CURE DENTARIE	€ 9.931,31		
DIARIA SOSTITUTIVA - SPESE A CARICO SSN	€ 1.207,50		
LENTI E/O OCCHIALI	€ 2.645,00		
CHECK UP	€ 575,00		
AREA RICOVERO	€ 13.179,37		
<b>Impiegati</b>	<b>€ 990.894,84</b>	<b>€ 640.000,00</b>	<b>155%</b>
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRARICOVERO	€ 432.833,24		
DIARIA SOSTITUTIVA - SPESE A CARICO SSN	€ 60.720,00		
LENTI E/O OCCHIALI	€ 78,20		
CHECK UP	€ 4.509,31		
AREA RICOVERO	€ 492.754,09		
<b>Numero prestazioni in forma Diretta</b>	<b>3.139</b>		
<b>Numero prestazioni in forma indiretta</b>	<b>1.600</b>		



**TABELLE SINOTTICHE DI RAFFRONTO**

I dati riportati in rosso si riferiscono alla copertura vigente.

<b>COPERTURA - Rimborso Spese Mediche Dirigenti</b>	<b>Forma completa</b>
---	-----------------------

	DESCRIZIONE GARANZIA	MASSIMALI ANNO NUCLEO SCOPERTI / FRANCHIGIE
<b>AREA RICOVERO</b>	<b>Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale:</b>	<b>1.000.000 ( Illimitato)</b>  <b>Fuori rete:</b> Scoperto ricovero 20% ( <b>Nessuno</b> )  <b>In rete :</b> Nessuno
	<b>Retta di degenza</b>	Incluso nel massimale dei ricoveri
	<b>Parto Cesareo</b>	Incluso nel massimale dei ricoveri
	<b>Parto naturale e aborto terapeutico</b>	<b>€ 5.000</b>
	<b>Trasporto dell' assicurato</b>	<b>In Italia € 520</b> <b>All' Estero € 1.040</b>
	<b>Accompagnatore</b>	<b>€ 150 al giorno</b> massimo 30 giorni
	<b>Diaria Sostitutiva</b>	<b>€ 250 al giorno</b> massimo 210 giorni
<b>FUORI RICOVERO</b>	<b>Spese extraospedaliere</b>	<b>€ 15.000</b> Fuori rete Scoperto del 20% minimo 50€ ( <b>Nessuno</b> ) In rete 10 % minimo 50 € ( <b>Nessuno</b> )
	<b>Spese domiciliari</b> Fisioterapie sotto limite 2500 ( <b>non previsto</b> ) Medicinali sotto limite 500 ( <b>non previsto</b> )	<b>€ 7.500</b> Fuori rete Scoperto del 20% minimo 50€ ( <b>Scoperto del 10% minimo 50 €</b> ) In rete 10 % minimo 50 € ( <b>Franchigia fissa 50€</b> )
	<b>Cure dentarie</b> Sotto limite ortodontiche 1500	<b>€ 4.000</b> Fuori rete Scoperto del 25% minimo 150€ ( <b>Scoperto del 15% minimo 100 €</b> ) In rete 15 % minimo 100 € ( <b>Opzione non prevista</b> )
	<b>Protesi Ortopediche</b>	<b>€ 3.000</b> Franchigia 50€
	<b>Lenti Correttive</b>	<b>€ 500 ( 800 ) per persona</b> Scoperto del 25% ( <b>Non previsto</b> )
	<b>Rimpatrio della Salma</b>	<b>€ 3.000</b>
	<b>Trasporto della Salma</b>	<b>€ 2.000</b>

DESCRIZIONE GARANZIA		MASSIMALI ANNO NUCLEO SCOPERTI / FRANCHIGIE
AREA RICOVERO	<b>Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale:</b>	<b>700.000</b> <b>Fuori rete:</b> Scoperto ricovero 20% minimo 1.200 (Scoperto ricovero 10% minimo 1.290) <b>Day Hospital - Scoperto ricovero 10% minimo 620</b> Intervento ambulatoriale riduzione del minimo 250  <b>In rete :</b> Nessuno
	<b>Retta di degenza</b>	Incluso nel massimale dei ricoveri
	<b>Parto naturale e aborto terapeutico</b>	<b>€ 3.000</b> incluso nel massimale del ricovero
	<b>Parto Cesareo</b>	Incluso nel massimale dei ricoveri
	<b>Trasporto dell' assicurato</b>	<b>In Italia € 520</b> <b>All' Estero € 1.040</b>
	<b>Accompagnatore</b>	<b>€ 80 al giorno</b> massimo 30 giorni
	<b>Diaria Sostitutiva</b>	<b>€ 160 al giorno</b> massimo 210 giorni
FUORI RICOVERO	<b>Spese extraospedaliere</b>	<b>€ 5.000 (€ 5.200)</b> Fuori rete Scoperto del 20% minimo 50€ ( Scoperto del 10% minimo 50 € ) In rete Franchigia fissa 50€
	<b>Spese domiciliari</b> Fisioterapie sotto limite 1000 ( non previsto) Medicinali sotto limite 250 ( non previsto)	<b>€ 1.550</b> Fuori rete Scoperto del 20% minimo 50€ ( Scoperto del 10% minimo 50 € ) In rete Franchigia fissa 50€
	<b>Rimpatrio della Salma</b>	<b>€ 3.000</b>
	<b>Trasporto della Salma</b>	<b>€ 2.000</b>
	<b>Cure dentarie</b> Sotto limite ortodontiche 500 €	<b>€ 1.000</b> Fuori rete Scoperto del 25% minimo € 150 (Scoperto del 15% minimo 100 €) In rete scoperto 15% minimo € 100
	<b>Lenti Correttive</b>	<b>€ 250 per persona (300€)</b> Scoperto del 25%

DESCRIZIONE GARANZIA		MASSIMALI ANNO NUCLEO SCOPERTI / FRANCHIGIE
AREA RICOVERO	<b>Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale:</b>	<b>700.000</b> <b>Fuori rete:</b> Scoperto ricovero 20% minimo 1.300 (Scoperto ricovero 10% minimo 1.290) <b>Day Hospital - Scoperto ricovero 10% minimo 620</b> Intervento ambulatoriale riduzione del minimo 300  <b>In rete :</b> Nessuno
	<b>Retta di degenza</b>	Massimo 250 (360) euro al giorno
	<b>Parto naturale e aborto terapeutico</b>	€ 3.000 incluso nel massimale del ricovero
	<b>Parto Cesareo</b>	€ 5.000 incluso nel massimale del ricovero ( Incluso nel max. ricovero)
	<b>Trasporto dell' assicurato</b>	<b>In Italia</b> € 260 <b>All' Estero</b> € 520
	<b>Accompagnatore</b>	€ 51 al giorno massimo 10 giorni
	<b>Diarìa Sostitutiva</b>	€ 100 € 130 al giorno massimo 210 giorni
FUORI RICOVERO	<b>Spese extraospedaliere</b>	€ 5.000 (€ 5.200) Fuori rete Scoperto del 20% minimo 50€ ( Scoperto del 10% minimo 50 € ) In rete Franchigia fissa 50€
	<b>Spese domiciliari</b> Fisioterapie sotto limite 800 ( non previsto) Medicinali sotto limite 250 ( non previsto)	€ 2.000 (€ 3.000) Fuori rete Scoperto del 20% minimo 50€ ( Scoperto del 10% minimo 50 € ) In rete Franchigia fissa 50€
	<b>Rimpatrio della Salma</b>	€ 3.000
	<b>Trasporto della Salma</b>	€ 2.000