

RISPOSTE AI QUESITI

- 1) La raccolta premi riferita ai rami infortuni e malattia complessivamente non inferiore a €150.000.000,00 si deve intendere riferita ai premi complessivamente raccolti nei due rami nel triennio 2013 - 2015 o l'importo di € 150.000.000,00 deve essere riferito ad ogni singolo anno 2013, 2014 e 2015?

IL REQUISITO DEVE INTENDERSI COMPLESSIVO NEL TRIENNIO DI RIFERIMENTO.

Come deve essere inteso il termine "possesso" riferito sia ad una struttura abilitata al ricovero sia a una centrale operativa a disposizione dell'assicurato? Si chiede se sia equiparabile, a tali fini, il convenzionamento con le suddette strutture.

SI CONFERMA.

- 2) Inoltre con riferimento al punto 2) dell'allegato 4 - Dichiarazione si chiede se possono essere allegati copie dei bilanci con la raccolta complessiva o se è necessario dettagliare la raccolta premi indicando i vari contratti fino al raggiungimento dell'importo previsto.

TRATTANDOSI DI UN REQUISITO DI CARATTERE COMPLESSIVO DA AUTOCERTIFICARE IN SEDE DI GARA NON E' INDISPENSABILE DETTAGLIARE LA RACCOLTA PREMI NE' ALLEGARE I BILANCI.

- 3) Si chiede l'indicazione del premio di aggiudicazione relativo alla gara 2013/2016 (ovvero premio annuo in corso).

IL PREMIO ANNUO DELLA ATTUALE POLIZZA E' PARI A EURO 16.000.000,00.

- 4) Relativamente alla statistica sinistri (allegato PAC 2016 STATISTICHE) l'indicazione "GAR. A e GAR. B" è la distinzione tra i sinistri della categoria A) e quelli della categoria B)?

SI CONFERMA.

- 5) I sinistri forniti sulla statistica vengono riportati per anno di competenza (data accadimento) oppure per data di registrazione (anno di denuncia) oppure per cassa (nel caso dei pagati)?

I SINISTRI SONO RIPORTATI PER ANNO DI ACCADIMENTO.

- 6) Sulla statistica sinistri fornita, è necessario conoscere l'esatta data di estrazione dei dati. Si necessita di avere l'osservazione sulle due annualità (01/11/2013 - 01/11/2014 e 01/11/2014 - 01/11/2015) con rilevazione dati almeno al 31/03/2016.

I DATI RIPORTATI NELLA STATISTICA AGGIORNATA SONO STATI ESTRATTI A MAGGIO 2016.

- 7) Fermi i chiarimenti di cui ai precedenti punti, è necessario per ciascuna annualità avere la suddivisione per garanzia colpita (numero sinistri/importi pagati/importi a riserva) con distinzione tra sinistri morte da infortunio, sinistri invalidità permanente da infortunio, sinistri diaria (retta degenza) da infortunio e da malattia, sinistri per grandi interventi chirurgici.

NON SI DISPONE DI TALE DETTAGLIO.

- 8) Con riferimento al subappalto, la bozza di contratto riporta all'articolo 18 delle condizioni differenti rispetto a quelle indicate nel Disciplinare di Gara al § 5.6; si chiede conferma che si applichi quanto previsto dal Disciplinare di gara e pertanto, a titolo esemplificativo, che sia Subappaltabile l'attività di Centrale Operativa.

SI CONFERMA.

- 9) Con riferimento al § 9, VIII, 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.

- 10) Si chiede conferma che non andrà già prodotta in sede di deposito della documentazione amministrativa la comprova del possesso dei requisiti di partecipazione, che saranno verificati dalla stazione appaltante tramite in sistema Avcpass. Si chiede pertanto conferma che sia da eliminare il punto 9 dell'istanza di partecipazione (Allegato 3 al Disciplinare). Nell'ipotesi in cui dovesse invece già essere prodotta in sede di gara la comprova, si chiede conferma che relativamente alla rete di strutture sanitarie, sia considerata assolta tramite il deposito dell'elenco nominativo e con ripartizione territoriale delle strutture convenzionate.

SI CONFERMA.

- 11) Con riferimento alla dichiarazione di cui al punto 2, pagina 6, dell'Allegato 4 al disciplinare, relativa al possesso di una raccolta premi minima nel ramo infortuni e malattia, si chiede conferma che il concorrente dovrà indicare la raccolta premi nei rami indicati come risultante dai bilanci, anche in considerazione di quanto previsto a livello di comprova. Pertanto, la tabella presente nell'indicato modulo andrà valorizzata esclusivamente con riferimento alla colonna Anno e Importo, quest'ultimo da intendersi come raccolta premi.

SI CONFERMA.

- 12) 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 § 13.4 del Disciplinare, o se dovrà contenere anche una descrizione generale del servizio offerto.

L' EVENTUALE DESCRIZIONE GENERALE DEL SERVIZIO OFFERTO NON E' OBBLIGATORIA E NON SARA' OGGETTO DI VALUTAZIONE.

- 13) Si chiede conferma che l'importo della cauzione provvisoria indicato a pag. 7 del Disciplinare di gara (€ 8.000,00) sia un refuso e che quello corretto sia quello indicato nella sezione III.1.1) del bando di gara pari ad € 360.000,00.

SI CONFERMA IL DATO RIPORTATO NEL BANDO DI GARA (EURO 360.000,00).

- 14) L'art. 8 "Bilancio, partecipazione agli utili e revisione del premio" prevede che le riserve relative ai sinistri degli anni precedenti vengano computate nelle voci dell'attivo della partecipazione agli utili. Nel caso in cui, alla scadenza del contratto, subentri una nuova compagnia, quest'ultima deve computare nelle voci dell'attivo della partecipazione agli utili di

propria competenza le eventuali riserve degli anni precedenti gestite dal precedente assicuratore?

NEL CASO DI SUBENTRO DI UNA NUOVA COMPAGNIA ALLA SCADENZA DEL CONTRATTO, QUEST'ULTIMA NON DOVRA' CONTEGGIARE LE RISERVE RELATIVE AGLI ANNI PRECEDENTI.

15) Con riferimento alla statica sinistri pubblicata, si chiede la possibilità di avere i dati, sempre per anno e distinti per soggetti assicurati (A e B) come da articolo 17 da capitolato speciale, suddivisi a loro volta per prestazione come da specifica (garanzia assicurata) tabella articolo 24, per ogni singolo sinistro e con dettaglio del pagato e riservato.

NON SI DISPONE DI TALE DETTAGLIO.

16) Si chiede di poter fornire il volume complessivo dei premi imponibili relativi all'annualità corrente e di quelle precedenti, distinti possibilmente tra Garanzia A e Garanzia B.

VEDI RISPOSTA AL QUESITO N. 3 ED AL N.17.

17) Si chiede di indicare l'importo dei livelli di premio per l'annualità in corso per tutte le coperture previste e quindi per:

- I soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del Capitolato Speciale (Garanzia A);
- I soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato Speciale (Garanzia B);
- per il nucleo familiare dell'assicurato.

ASSICURATI A: PREMIO PRO-CAPITE EURO 26,99; ASSICURATI B: PREMIO PRO-CAPITE EURO 60,98; FAMILIARI AD ADESIONE: PREMIO PRO-CAPITE EURO 1.000,00.

18) Si chiede di indicare l'importo del premio annuo - pro capite a base d'asta per i soggetti di cui al punto A e B dell'art. 17 del Capitolato Speciale;

NON E' PREVISTO IL PREMIO A BASE D'ASTA PER I DIVERSI SOGGETTI MA SOLO IL PREMIO COMPLESSIVO.

19) Si chiede conferma che il premio da indicare nell'offerta economica, per i familiari fiscalmente a carico sia un premio pro-capite.

SI CONFERMA.

20) Si chiede conferma che il premio da indicare all'interno dell'offerta economica, per l'adesione volontaria del nucleo familiare, sia da intendersi aggiuntivo rispetto al premio da indicare per il soggetto iscritto.

SI CONFERMA.

21) Si chiede conferma che la copertura ad adesione volontaria per i familiari degli iscritti sia prevista esclusivamente per i familiari degli assicurati di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato Speciale.

SI CONFERMA.

22) Si chiede conferma che le garanzie previste per la copertura ad adesione volontaria dei familiari degli iscritti siano unicamente quelle riportate all'interno dell'art.26 "Grandi Interventi chirurgici" punti a) e b) del Capitolato. In caso contrario, si chiede di indicare le garanzie che possono essere estese ai familiari.

SI CONFERMA CHE L'UNICA GARANZIA AD ADESIONE E' QUELLA RELATIVA AI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (ART.26).

23) Si chiede di specificare la definizione di Nucleo Familiare ai fini della corretta individuazione dei familiari degli Iscritti che possono aderire su base volontaria.

PER NUCLEO FAMILIARE SI INTENDE: CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO E FIGLI CONVIVENTI O FISCALMENTE A CARICO.

24) Si chiede se sia prevista una soglia minima in termini di adesioni ai fini dell'attivazione della copertura ad adesione volontaria dei familiari.

NON E' PREVISTA UNA SOGLIA MINIMA DI ADESIONI.

25) Si chiede se vi siano delle provvigioni da riconoscere ad un intermediario. In caso di risposta positiva si chiede di conoscerne l'entità, anche per l'annualità in corso e quelle precedenti.

NON E' PRESENTE ALCUN INTERMEDIARIO.

26) Si chiede conferma che le prestazioni indicate nel capitolato speciale siano erogabili sia in regime diretto (in rete) che in regime rimborsuale.

LIMITATAMENTE ALLA PRESTAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI LE PRESTAZIONI POTRANNO ESSERE EROGATE SIA IN REGIME DIRETTO CHE RIMBORSUALE, LE ALTRE PRESTAZIONI SONO DI TIPO INDENNITARIO.

27) Con riferimento alla statistica sinistri fornita nel file "PAC 2016 STATISTICHE AGG 28062016" sarebbe opportuno:

- conoscere la data di estrazione dei dati,
- conoscere se i sinistri concernenti la Garanzia B si riferiscano anche ai pensionati,
- conoscere se i sinistri concernenti la Garanzia B si riferiscano anche al nucleo familiare dell'assicurato
- ricevere anche i dati relativi all'annualità in corso riferita pertanto al periodo 01.11.2015-01.11.2016,
- ricevere il dettaglio, per la Garanzia A, della Statistica sinistri per l'annualità corrente e le annualità precedenti con indicazione specifica dei sinistri pagati e riservati distinti per le diverse garanzie previste dalla polizza e con distinzione tra sinistri in rete e fuori rete. Se tale dettaglio non fosse disponibile, al fine di realizzare una corretta valutazione del rischio sarebbe opportuno ricevere il dettaglio della statistica sinistri con aggregazione dei sinistri per "Prestazioni in caso di malattia", "Prestazioni in caso di infortunio", "Morte a seguito di Infortunio", "Invalidità permanente da infortunio".
- ricevere il dettaglio, per la Garanzia B, della Statistica sinistri per l'annualità corrente e le annualità precedenti con indicazione specifica dei sinistri pagati e riservati distinti per le diverse garanzie previste dalla polizza delle garanzie, con distinzione della statistica tra attivi e pensionati e con distinzione tra sinistri in rete e fuori rete. Se tale dettaglio non fosse disponibile, al fine di realizzare una corretta valutazione del rischio sarebbe opportuno ricevere il dettaglio della statistica sinistri con aggregazione dei sinistri per "Prestazioni in caso di malattia", "Prestazioni in caso di infortunio", "Morte a seguito di Infortunio", "Invalidità permanente da infortunio", "Grandi interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia", "Indennità parto".

I DATI SONO AGGIORNATI A GIUGNO 2016 E SONO COMPLESSIVI PER TUTTI GLI ASSICURATI, COMPRESI I PENSIONATI. NON SIAMO IN POSSESSO DEI DATI

PARZIALI DELL'ANNUALITÀ IN CORSO, NÉ DEL DETTAGLIO PER PRESTAZIONE, SIA PER LA GAR. A CHE PER LA GAR. B.

28) Si chiede di potere ricevere la statistica dei sinistri per le annualità precedenti e per l'annualità in corso concernenti la copertura ad adesione volontaria relativa ai familiari degli iscritti con indicazione, se disponibili, della data di estrazione dei dati, delle garanzie e del network.
SI TRATTA DI UNA SOLA ADESIONE E NON HA COMPORTATO SINISTRI.

29) Si chiede di poter fornire il numero dei familiari aderenti su base volontaria per l'annualità in corso e per le annualità precedenti precisando a che data si riferiscono i dati.
VEDI RISPOSTA PRECEDENTE.

30) Nel Capitolato Speciale, art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione è riportata l'indicazione del numero dei soggetti assicurati da considerare per il calcolo del premio posto a base del bando di gara, rispettivamente 220.000 soggetti per la Garanzia A e 165.000 soggetti per la Garanzia B. E' Possibile precisare a quale data si riferiscano tali dati?
I DATI SI RIFERISCONO A MARZO 2013.

31) Per le annualità in corso e per quelle precedenti, sarebbe opportuno ricevere il numero dei soggetti assicurati di cui al punto A dell'art. 17 del Capitolato Speciale e il numero dei soggetti assicurati di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato Speciale (con distinzione tra attivi e pensionati).
NON SI DISPONE DI TALE DETTAGLIO.

32) In riferimento al paragrafo 13.4 "Valutazione dell'offerta tecnica - contenuto della busta B "del Disciplinare di Gara, è possibile specificare se la variazione percentuale da indicare in aumento o in diminuzione, rispetto al valore di base d'asta, come riportato nel sotto paragrafo "Variazione dell'indennità", si riferisca esclusivamente ai limiti annui per assicurato oppure anche alle somme assicurate per classi indicate nella "tabella di classificazione di intervento chirurgico"?
LA VARIAZIONE DELLE INDENNITÀ DEVE INTENDERSI RIFERITA A TUTTE LE INDENNITÀ INDICATE NELLE TABELLE E NON SOLO AI LIMITI ANNUI.

33) Con riferimento all' art. 37 "Invalidità permanente da infortunio" del Capitolato Speciale, nel caso di invalidità permanente accertata superiore al 6%, qual'è la percentuale di indennizzo da riconoscere agli assicurati di cui al punto A dell'art.17 del predetto Capitolato?
PER I SOGGETTI DI CUI AL PUNTO A) LA FRANCHIGIA DEL 6% SUGLI INFORTUNI È RELATIVA; PERTANTO EVENTUALI IP SUPERIORI AL 6% VERRANNO INDENNIZZATE INTEGRALMENTE.

34) È presente un Broker o potrà essere inserito in corso di contratto? In caso di risposta affermativa, qual è il trattamento provvigionale previsto?
NON E' PREVISTO E NON SARA' INSERITO IN CORSO DI CONTRATTO.

35) Si chiede la distinzione del numero di assicurati tra pensionati e non pensionati in relazione alla Cat. B.
VEDI RISPOSTA QUESITO N. 31.

36) Si chiede il numero di assicurati per ciascuna categoria (Cat.A, Cat.B pensionati; Cat.B non pensionati) relativamente alle annualità 2014/2015 e 2015/2016.

VEDI RISPOSTA QUESITO N. 31.

37) Si chiede conferma del fatto che non possano essere apportate, al capitolato proposto, varianti ulteriori rispetto a quelle elencate a pagg. 18-19 del Disciplinare di gara.

AD ULTERIORI VARIANTI RISPETTO A QUELLE ELENcate NON VERRA' FORNITO UN PUNTEGGIO MAGGIORE.

38) Si chiede conferma del fatto che la copertura possa essere estesa ai familiari esclusivamente con riferimento alla Cat. B

SI CONFERMA.

39) Si chiede l'indicazione delle numerosità relative agli aderenti volontari (familiari Cat. B) nel corso delle annualità 2014/2015 e 2015/2016

N. 1 - VEDI ANCHE RISPOSTA N. 29.

40) Si chiede conferma del fatto che, tra le persone fiscalmente a carico non rientrino gli ascendenti.

SI CONFERMA CHE I FAMILIARI ASCENDENTI NON POSSONO ADERIRE.

41) Si chiede se la concessione della proroga di cui all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazioni possa essere rifiutata dalla Compagnia.

L'EVENTUALE PROROGA PREVISTA ALL'ART. 3 POTRÀ ESSERE NEGOZIATA.

42) Si chiede conferma del fatto che siano incluse in garanzia le interruzioni volontarie di gravidanza (con l'eccezione di quelle prescritte dal medico curante per esigenze terapeutiche)

LE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA, A SCOPO NON TERAPEUTICO, NON SONO COMPRESI IN GARANZIA.

43) Si chiede conferma del fatto che siano incluse in garanzia le cure volte a correggere difetti estetici non conseguenti ad infortunio.

I DIFETTI ESTETICI NON CONSEGUENTI AD INFORTUNIO NON SONO COMPRESI IN GARANZIA.

44) Si chiede conferma del fatto che siano incluse in garanzia le cure dentarie non derivanti da infortunio.

LE CURE DENTARIE NON CONSEGUENTI AD INFORTUNIO NON SONO COMPRESI IN GARANZIA.

45) Con riferimento al punto 2. OGGETTO ed AMMONTARE DELL'APPALTO a pag. 4, si chiede conferma che la proroga di ulteriori 12 mesi, per un massimo, di due volte, debba essere concordata con l'aggiudicataria della gara in oggetto

SI CONFERMA.

46) A pag. 18, al punto 13.4 Valutazione dell'offerta tecnica - contenuto della busta B per la Variazione delle indennità si legge che viene attribuito "1 punto per ogni variazione percentuale del valore delle indennità in aumento rispetto al valore di base d'asta. [...]". Nel caso in cui si volesse applicare, ad esempio, un incremento del 15,5% di tali limiti, si chiede di confermare se il punteggio attribuito sia pari a 15,5 punti

SI CONFERMA CHE UN INCREMENTO DEL 15,5% DELLE INDENNITÀ AVRÀ UN PUNTEGGIO DI 15,5 PUNTI. IL MASSIMO DI PUNTI ATTRIBUITI SARÀ 17 ANCHE PER INCREMENTI SUPERIORI AL 17%.

47) A pag. 17, al punto 13.3 Verifica della documentazione amministrativa – contenuto della busta A, è previsto che “i requisiti speciali di partecipazione di cui al paragrafo 8, potranno essere comprovati attraverso la seguente documentazione: 1) quanto al requisito relativo alla raccolta premi di cui al precedente paragrafo 8, lettera a), mediante copia conforme dei bilanci relativi al periodo considerato, corredati della nota integrativa atta a dimostrare il requisito o documento equivalente; 2) quanto al requisito relativo al possesso di almeno una struttura abilitata al ricovero per grandi interventi chirurgici in ogni Regione d’Italia di cui al precedente paragrafo 8, lettera b), mediante elenco dettagliato delle strutture stesse, corredato della documentazione idonea a comprovarne il possesso/disponibilità; 3) quanto al requisito relativo al possesso di una centrale operativa a disposizione dell’assicurato attraverso numero dedicato anche a pagamento di cui al precedente paragrafo 8, lettera c), mediante la documentazione idonea a comprovarne il possesso/disponibilità.” Al fine di non appesantire il plico della documentazione amministrativa con le copie cartacee della corposa documentazione a comprova, si chiede di voler confermare la possibilità di poter comprovare i richiamati requisiti con documenti non modificabili in formato elettronico, registrati su un supporto informatico (un CD -ROM o un DVD non riscrivibile), da inserire nella busta titolata “A – Documentazione Amministrativa”, munito di etichetta riportante la denominazione della gara e del concorrente, il cui valore legale sia da considerarsi al pari di una copia cartacea.

COME E’ NOTO, FINO ALLA EMANAZIONE DEI DECRETI ATTUATIVI DEL NUOVO CODICE DEGLI APPALTI, LA VERIFICA DEI REQUISITI AVVERRA’ ATTRAVERSO LO STRUMENTO DEL AVCPASS OVE, PER CIASCUN REQUISITO, E’ SPECIFICATA LA DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE, IN CONFORMITA’ A QUANTO SPECIFICATO NEL CAPITOLO 13.3 DEL DISCIPLINARE.

IN FASE DI PRESENTAZIONE DELL’OFFERTA NON E’ RICHIESTA ALCUNA DOCUMENTAZIONE DI COMPROVA.

48) A pag. 19 al punto 13.5 Valutazione dell’offerta economica – contenuto della busta C si legge: “La commissione provvede poi ad attribuire i punteggi relativi all’offerta economica utilizzando per la determinazione del coefficiente, da inserire nella formula generale per l’applicazione del metodo aggregativo-compensatore, la formula di seguito indicata:

$$C(a)_i = R_a / R_{max}$$

dove:

R_a = prezzo complessivo offerto dal concorrente a

R_{max} = prezzo complessivo dell’offerta più conveniente”

Si chiede alla Stazione appaltante se si volesse forse invece indicare

R_a = ribasso complessivo offerto dal concorrente

R_{max} = ribasso complessivo dell’offerta più conveniente

Dove R_a si calcoli come sconto percentuale tra il premio annuo complessivo offerto nell’Allegato 7 al Disciplinare di gara rispetto al premio a base d’asta pari a 18.000.000 annui ed R_{max} sia lo sconto percentuale massimo, corrispondente quindi all’offerta economica più conveniente.

Esemplifichiamo un caso numerico per maggior chiarezza. Ipotizziamo il caso in cui partecipino due soli offerenti: il concorrente A offre un premio annuo complessivo pari a 17.280.000€ e il concorrente B un premio annuo complessivo pari a 17.100.000€, da cui si desume che

$$R_A = 1 - (17.280.000 / 18.000.000) = 4\% \text{ ed } R_B = 1 - (17.100.000 / 18.000.000) = 5\%.$$

Allora, si ha che $R_{max} = 5\% = R_B$ e $C(A)_i = R_A / R_{max} = R_A / R_B = 4\% / 5\% = 0,8$

mentre $C(B)_i = R_B / R_{max} = R_B / R_B = 1$.

COME CORRETTAMENTE ESEMPLIFICATO DAL CONCORRENTE, DOVENDO PORRE A DENOMINATORE IL PREZZO PIU' CONVENIENTE, LO STESSO VERRA' STABILITO CALCOLANDO IL RIBASSO PIU' ELEVATO RISPETTO AL PREMIO A BASE D'ASTA. IL NUMERATORE DELL'OFFERTA IN ESAME SARA' ANCH'ESSO CALCOLATO COME RIBASSO RISPETTO AL PREMIO A BASE D'ASTA.

49)A pag. 2 dell'Allegato 7 al Disciplinare di gara, si legge:

"Dichiara altresì:

- a. Che il premio annuo lordo pro-capite per l'adesione volontaria per il nucleo familiare del soggetto assicurato è pari a euro _____ (_____ lettere)¹ "

Si chiede conferma che

- b. il premio qui indicato debba essere versato a copertura di ogni componente il nucleo familiare
- c. qualora l'assicurato estenda al proprio nucleo, debba necessariamente inserire tutti i componenti
- d. l'estensione sia possibile solo per gli assicurati del punto B dell'Art. 17 del Capitolato Speciale di gara come indicato all'Art. 26 Grandi Interventi Chirurgici a pag. 17 del Capitolato Speciale
- e. come indicato all'Art. 26 Grandi Interventi Chirurgici a pag. 17 del Capitolato Speciale di gara, per nucleo familiare si intende quello fiscalmente a carico dell'iscritto.

IL PREMIO INDICATO DEVE INTENDERSI PRO CAPITE, L'EVENTUALE ESTENSIONE RIGUARDERÀ TUTTO IL NUCLEO E POTRANNO ADERIRE SOLAMENTE I FAMILIARI DEGLI ASSICURATI CON REQUISITO B.

50)A pag. 4, "DEFINIZIONI" si legge: "Invalidità permanente la diminuzione o perdita definitiva, a seguito di Infortunio, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa".

Riteniamo che con tale definizione si intenda fare riferimento sia alla perdita definitiva che alla diminuzione definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa e pertanto proponiamo di modificare la definizione nel modo che segue: "Invalidità permanente la diminuzione o perdita definitive, a seguito di Infortunio, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa".

SI CONFERMA.

51)A pag. 5 all'Art.3 "Durata" si chiede conferma alla stazione appaltante che la proroga debba essere comunicata all'aggiudicatrice di questa gara entro quattro mesi dalla scadenza contrattuale, quindi entro il 30/06/17 per la prima proroga di 12 mesi ed analogamente entro il 30/06/18 per l'ulteriore proroga di 12 mesi.

SI CONFERMA.

52)A pag. 6, all'Art. 8 "Bilancio, partecipazione agli utili e revisione del premio" si legge: "Nove mesi dopo il termine della scadenza assicurativa annuale [...]"

- a. inserendo al passivo:
- b. b) l'importo dei sinistri pagati nell'esercizio;
- c. c) l'importo dei sinistri ancora a riserva pendenti alla fine dell'esercizio;
- d. d) i costi di gestione del contratto, stabiliti nella misura massima del 10% dei premi, conteggiati come al punto a) dell'attivo. [...]"
- e. Si chiede conferma che l'elenco delle voci elencate per il passivo sia esaustiva e quindi l'indicizzazione inizi con b) per un mero refuso. Inoltre si chiede conferma che poiché il calcolo viene effettuato trascorsi nove mesi dal termine di ogni scadenza assicurativa, l'articolo debba essere riformulato nel modo seguente:

f. “- inserendo al passivo:

- i. l’importo dei sinistri di competenza dell’esercizio pagati fino al momento del calcolo;
- ii. l’importo dei sinistri di competenza dell’esercizio ancora a riserva al momento del calcolo;
- iii. i costi di gestione del contratto, stabiliti nella misura massima del 10% dei premi, conteggiati come al punto a) dell’attivo. [...]”

SI CONFERMANO ENTRAMBE.

53)A pag. 9, all’Art. 18 “Persone non assicurabili” si legge: “[...] Non saranno assicurabili le persone affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, delirium tremens, alcolismo, tossicomania, allucinogenomania. Qualora un Assicurato fosse colpito da una delle suddette infermità l’assicurazione cesserà automaticamente nei suoi confronti”

Per quanto attiene l’esclusione delle prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, si ritiene che le garanzie previste dal presente piano sanitario possano essere attivabili anche per gli Assicurati affetti da patologie mentali e disturbi psichici, in applicazione della Legge n. 18 del 3 marzo 2009, recante la ratifica e l’esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006.

Si chiede cortese conferma dell’interpretazione.

SI CONFERMA LA NON ASSICURABILITA’.

54)A pag. 10, all’Art. 22 “Estensione di garanzia” si legge: “Garanzia infortuni

A titolo esemplificativo e non esaustivo di quanto riportato in premessa [...]”

Poiché nel Capitolato Speciale non è presente alcun articolo denominato “Premessa”, si chiede conferma all’ente che il termine premessa possa essere considerato un refuso.

SI CONFERMA CHE TRATTASI DI REFUSO.

55)A pag. 11, all’Art. 23 “Rischi esclusi” si legge: “Garanzia malattia

Saranno esclusi gli eventi relativi:

- a) alle malformazioni stabilizzate, difetti fisici e [...]
- b) [...]
- d) alla gravidanza, parto e puerperio, ad eccezione dei casi comportanti interventi”

Relativamente al punto a), poiché nell’ambito dell’art. “DEFINIZIONI” i difetti fisici e le malformazioni stabilizzate non sono citati, proponiamo di inserirli definendoli nel modo che segue:

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Malformazione stabilizzata

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Inoltre, relativamente al punto d), si chiede conferma che siano da intendersi escluse le interruzioni volontarie di gravidanza, ad eccezione di quelle prescritte dal medico curante per esigenze terapeutiche.

Infine, allo scopo di prevenire ed evitare contenziosi e favorire l’erogazione di un miglior servizio, si chiede di confermare l’inserimento delle ulteriori esclusioni di rischio per le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché gli eventi relativi “alle applicazioni di carattere estetico ed alle cure dentarie non rese necessarie da infortunio” dove le prestazioni dentarie conseguenti ad infortunio ricomprese in garanzia sono quelle espressamente previste nell’Allegato II) “Nomenclatore degli interventi chirurgici” a pagina 38 alla sezione “CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE”.

NON È POSSIBILE MODIFICARE LE DEFINIZIONI; SI CONFERMA L'ESCLUSIONE DI RISCHIO PER GLI EVENTI RELATIVI "ALLE APPLICAZIONI DI CARATTERE ESTETICO ED ALLE CURE DENTARIE NON RESE NECESSARIE DA INFORTUNIO".

56) A pag. 12, all'Art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" si legge: "Premesso che è compreso in garanzia, sempre ciò che non è esplicitamente escluso, la Società garantisce: [...]"

Si chiede conferma anche del fatto che la premessa del presente articolo non sia riferita a prestazioni mediche palesemente non in copertura quali ad esempio visite e accertamenti, trattamenti fisioterapici e prestazioni odontoiatriche tutte se effettuate in regime extraospedaliero.

Infine, si chiede conferma che le interpretazioni date valgano sia per i soggetti assicurati del punto A) che del punto B) dell'Art. 17 del presente capitolato.

SI CONFERMA CHE LE PRESTAZIONI NON INDICATE, QUALI VISITE E ACCERTAMENTI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE IN REGIME ESTRAOSPEDALIERO NON SONO COMPRESSE IN GARANZIA. LE INTERPRETAZIONI VALGONO PER TUTTI GLI ASSICURATI.

57) Relativamente all'Art. 24 da pag 12, si chiede conferma che il regime del dh sia assimilato a quello del ricovero. Inoltre, in caso di dh dovuto a terapie di chemioterapia o radioterapia, si chiede conferma che la somma assicurata sia dovuta per ogni singola applicazione della terapia in oggetto. A titolo esemplificativo, nel caso un assicurato del punto A dell'Art. 17 debba sostenere un ciclo di radioterapia in regime di dh costituito da 10 accessi l'importo dovuto a titolo di indennizzo, sulla base della somma a base d'asta, è quindi pari a 74 € x 10 = 740 €. Si chiede cortese conferma dell'interpretazione fornita.

Infine, si chiede conferma che le interpretazioni date valgano sia per i soggetti assicurati del punto A) che del punto B) dell'Art. 17 del presente capitolato.

SI CONFERMA.

58) A pag. 12 all'Art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" relativamente alla prestazione Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia si legge: "€ 29 per applicazione". Si chiede conferma che tale importo si intenda dovuto per ogni degenza domiciliare prescritta dai medici curanti a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia, indipendentemente dalla durata della stessa degenza. Analogamente si chiede che valga la medesima modalità anche per la Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus dove l'importo di indennizzo forfettario dovuto a degenza domiciliare prescritta all'atto delle dimissioni dopo un ricovero dovuto a infarto o ictus è indicato nella misura di € 290. Inoltre, si chiede conferma che le interpretazioni date valgano sia per i soggetti assicurati del punto A) che del punto B) dell'Art. 17 del presente capitolato.

SI CONFERMA CHE L'IMPORTO INDICATO – 29 PER GLI ASSICURATI A E 290 PER GLI ASSICURATI B – È DOVUTO PER OGNI DEGENZA INDIPENDENTEMENTE DALLA DURATA DELLA STESSA.

59) Con riferimento all'Art. 24, nelle Tabelle "Prestazioni in Caso di Malattia", "classificazione di intervento chirurgico" e "Prestazioni in Caso di Infortunio", sia per i soggetti del punto A che del punto B dell'Art. 17, si chiede conferma che l'indennizzo indicato come somma assicurata sia un indennizzo forfettario (come espressamente specificato solo nel caso di intervento chirurgico) dovuto per evento indipendentemente dalla durata dello stesso, nel limite ulteriore annuo per assicurato quando stabilito, ad eccezione del caso del dh sopra citato qualora l'interpretazione proposta sia stata accettata.

SI CONFERMA.

60) Con riferimento all'Art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" da pag. 12, si chiede conferma che l'indennità di degenza domiciliare, per malattia o infortunio, venga riconosciuta quando prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato con l'indicazione di

- Condizione clinica tra quelle previste in copertura
- Prognosi
- Necessità di riposo domiciliare

dove le condizioni cliniche che prevedano degenza domiciliare in copertura, considerando come finalità della copertura quella di tutelare gli stati di impossibilità a svolgere l'attività lavorativa degli agenti di commercio, possono essere esaustivamente riepilogate come segue:

- punti di sutura, purché applicati in distretti corporei o in quantità tale da rendere necessaria l'astensione da qualsiasi tipo di attività, professionale ed extra;
- applicazione di collare cervicale (rigido e non amovibile da parte dell'Assicurato)
- ricovero, anche senza intervento chirurgico, determinato da infarto o ictus;
- ustioni che abbiano reso necessario il ricovero;
- infortunio in assenza di frattura che necessiti dell'applicazione di tutore immobilizzante sostitutivo della gessatura, intendendosi per tale qualsiasi mezzo di contenzione ed immobilizzazione rigida di ossa od articolazioni, nonché bendaggi elastici, stecche metalliche ed altri presidi equivalenti (l'applicazione e la rimozione del mezzo di contenzione dovrà avvenire in struttura sanitaria o ambulatorio medico);
- infortunio che abbia causato una frattura debitamente documentata, senza intervento chirurgico, che necessiti l'applicazione di un mezzo di immobilizzazione o gessatura, fino alla rimozione dello stesso (l'applicazione e la rimozione del mezzo di immobilizzazione o gessatura dovrà avvenire in struttura sanitaria o ambulatorio medico)
- patologie tumorali per le quali siano prescritte applicazioni di chemio o radioterapia.

SI CONFERMA.

61) A pag. 16, all'Art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate", si legge: "L'assicurazione sarà prestata inoltre nei casi di:

Prestazione	Somme assicurate e massimali
a. Morte a seguito di Infortunio	€ 40.000
b. Invalidità Permanente a seguito di Infortunio	€ 20.000
c. Grandi Interventi Chirurgici a seguito di infortunio o malattia	€ 40.000
d. Indennità parto	€ 300

Si chiede conferma che l'indennità di 300 euro da riconoscere in caso di parto sia prevista nel solo caso di parto cesareo essendo escluso dalla copertura il parto naturale.

SI CONFERMA CHE L'INDENNITÀ DI PARTO È DOVUTA SIA PER IL PARTO NATURALE CHE PER IL PARTO CESAREO.

62) A pag. 16 all'Art. 26 "Grandi interventi chirurgici" si legge: "La Società dovrà garantire, per gli assicurati di cui al punto B dell'art. 17, in caso di infortunio e/o malattia, fino alla concorrenza della somma di euro 40.000 [...]" Si chiede se, qualora un assicurato richieda il rimborso delle spese per un grande intervento chirurgico subito a seguito di infortunio, abbia diritto, oltre che al rimborso delle spese, anche al riconoscimento dell'indennità corrispondente alla durata del ricovero.

NO, NON HA DIRITTO ALLA DOPPIA COPERTURA.

63) A pag. 17, all'Art. 26 "Grandi interventi chirurgici" si legge: "La Società dovrà garantire, per gli assicurati di cui al punto B dell'art. 17, in caso di infortunio e/o malattia, fino alla concorrenza della somma di euro 40.000 [...]"

La garanzia potrà essere estesa ai familiari fiscalmente a carico, [...]"

Si desume che per gli assicurati di cui al punto A dell'Art. 17 non è prevista la possibilità di estendere la copertura ai propri familiari fiscalmente a carico. Si chiede conferma della correttezza di tale interpretazione.

Relativamente all'estensione di garanzia in oggetto, si chiede conferma che l'importo che l'assicurato deve corrispondere per ciascun familiare aderente non concorra alla determinazione dell'offerta economica come indicato a pag. 2 dell'Allegato 7 del Disciplinare di gara.

SI CONFERMA CHE POTRANNO ADERIRE SOLO I FAMILIARI DEGLI ASSICURATI B. IL PREMIO PER I FAMILIARI ADERENTI DOVRÀ ESSERE INDICATO PER CIASCUN FAMILIARE E NON CONCORRE ALLA DETERMINAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA.

64) Per quanto attiene l'Art. 27 "Invalidità Permanente da Infortunio", si chiede cortesemente di chiarire quali sono le percentuali di indennizzo ovvero a quale tabella è possibile fare riferimento per gli assicurati di cui al punto A dell'Art. 17, qualora venisse accertata un'invalidità permanente superiore al 6% ed inferiore al 66%.

Si ritiene inoltre necessario prevedere che l'Assicurato debba consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti all'Invalidità Permanente denunciata.

Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.

PER GLI ASSICURATI DI TIPO A NON VERRÀ APPLICATA NESSUNA TABELLA: LE IP INFERIORI O UGUALI AL 6% RIENTRERANNO IN FRANCHIGIA; LE IP SUPERIORI AL 6% VERRANNO CORRISPOSTE INTEGRALMENTE (FRANCHIGIA 6% RELATIVA). SI CONFERMA L'INTERPRETAZIONE SULLA POSSIBILITÀ DI CONTROLLI MEDICI DA PARTE DELLA COMPAGNIA.

65) Con riferimento all'Art. 27 "Invalidità Permanente da Infortunio" a pag. 17, si ritiene sia necessario, per le caratteristiche della tipologia dei sinistri, prevedere dei tempi di gestione dei sinistri diversi da quelli previsti all'art. 31 "Service Level Agreement - Gestione dei sinistri". Per poter valutare la percentuale di invalidità permanente che residua dopo un infortunio è necessario infatti attendere che vi sia la stabilizzazione delle condizioni di salute del paziente e ciò avviene spesso a distanza di mesi dalla data dell'infortunio. In particolare per questi sinistri si ritiene opportuno prevedere una tempistica diversa che vari tra uno e 12 mesi da valutare caso per caso in funzione del tipo infortunio.

SI CONFERMA CHE IL "SLA" FA RIFERIMENTO AI SINISTRI RSM E NON INFORTUNI.

66) Con riferimento alla denuncia del sinistro all'art. 30 si legge che:

"L'assicurato, per ottenere la liquidazione del sinistro, dovrà presentare denuncia redatta su apposito modello corredata della documentazione medica richiesta entro 90 giorni dal verificarsi dell'evento, pena la decadenza del diritto al risarcimento, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, con raccomandata a mano oltreché per via telematica mediante portale web messo a disposizione dalla contraente."

Si chiede conferma che la denuncia debba essere obbligatoriamente presentata al contraente.

LA DENUNCIA DOVRÀ ESSERE FATTA ALLA CONTRAENTE.

67) All'art. 31 "Service Level Agreement - Gestione dei sinistri" a pag. 21, al processo descritto al punto 2 si legge: "Effettua il controllo della presenza dei requisiti amministrativi di cui ai

punti A e B dell'art. 16 e [...]". Si chiede conferma che un refuso abbia fatto indicare con "art. 16" l'Art. 17 del Capitolato Speciale.

SI CONFERMA IL REFUSO.

68) Con riferimento all'Art. 32 "Penali" a pag. 22, si chiede conferma che il numero dei giorni lavorativi fissati per provvedere all'indennizzo del sinistro sia da calcolare a partire dal massimo tra la data di ricezione della pratica completa da parte dell'assicurato e la data di conferma dei requisiti amministrativi di cui ai punti A e B dell'Art. 17 a cura della Contraente.

SI CONFERMA.

69) Con riferimento all'Allegato II Nomenclatore degli interventi chirurgici CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI a pag. 38, si chiede conferma di voler considerare l'intervento di "Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di" in classe I.

SI CONFERMA.

70) al punto 2) della Dichiarazione sostitutiva di certificazione, in cui il Concorrente dichiara "con riferimento al requisito di cui al paragrafo 8 lettera a) del Disciplinare, di aver effettuato, nel triennio 2013-2014-2015, una raccolta premi riferita ai rami infortuni e malattia, in ambito UE, complessivamente non inferiore a euro 150.000.000,00, come da dettaglio che segue: Anno - Oggetto affidamento - Importo - Ente Committente", si chiede conferma che il requisito relativo alla raccolta premi possa essere soddisfatto anche mediante la produzione di copia dei bilanci pubblicati relativi al triennio indicato, contenenti tra l'altro la relazione e la nota integrativa, come peraltro previsto al paragrafo 13.3 punto 1) del Disciplinare di Gare.

SI RIMANDA ALLA RISPOSTA FORNITA AL QUESITO N. 47.

71) In riferimento alla procedura in oggetto, si chiede di conoscere se la eventuale dichiarazione di subappalto in fase di gara debba contenere l'indicazione della terna intesa come numero di tre nominativi di Imprese subappaltatrici, ovvero sia possibile indicare anche un solo nominativo di un'impresa subappaltatrice.

SI INVITA AD ATTENERSI A QUANTO RIPORTATO NEL DISCIPLINARE, AI SENSI DELL'ART. 105 COMMA 6 DEL D.LGS.VO 50/2016.

72) In riferimento alla procedura in oggetto, si necessita del seguente chiarimento:

Il capitolato prevede quanto segue:

Art. 3 - Durata

L'assicurazione ha la durata di anni uno con decorrenza dalle ore 24,00 del 31.10.2016 e scadenza alle ore 24,00 del 31.10.2017 prorogabile per un periodo di 12 mesi, per un massimo di due volte. La volontà di procedere con la proroga dell'assicurazione dovrà essere comunicata alla società dal Contraente entro i quattro mesi antecedenti la scadenza contrattuale

Art. 4 - Rinuncia al recesso dal contratto La Società, in deroga all'art. 1898 c.c., si obbliga a rinunciare al recesso dall'assicurazione prima della sua naturale scadenza.

Si chiede di conoscere se la Compagnia può rifiutare la richiesta di proroga o se la proroga debba intendersi automatica, ovvero se la Compagnia è obbligata ad accettare la proroga o se c'è la possibilità di rifiutare o modificare/negoziare termini diversi.

LA PROROGA ANNUALE POTRA' ESSERE NEGOZIATA CON LA SOCIETA'.

73) Ci occorre conoscere il numero di soggetti assicurati (per categoria) registrato "a consuntivo" in ciascuno dei periodi di seguito indicati:

Periodo dal 01.11.2014 al 01.11.2015

- Cat. A) Soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del Capitolato:

- Cat. B) Soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato:

Periodo dal 01.11.2013 al 01.11.2014

- Cat. A) Soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del Capitolato:

- Cat. B) Soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato:

NON SI DISPONE DI TALE DETTAGLIO.

74) Ci occorrerebbe avere una proiezione attesa a consuntivo per il periodo dal 01.11.2015 - 01.11.2016 per ciascuna categoria di soggetti assicurati:

- Cat. A) Soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del Capitolato:

- Cat. B) Soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato:

NON SI DISPONE DI TALE DETTAGLIO.

75) Indicazione di eventuali modifiche rilevanti che hanno interessato il capitolato in gara rispetto a quello in corso dal 01.11.2013, dal punto di vista delle:

* garanzie prestate:

* categorie assicurate:

* somme assicurate per ciascuna categoria:

* franchigie/scoperti applicate sulle varie garanzie:

In alternativa, data la complessità del capitolato, chiediamo che ci venga trasmesso/pubblicato copia del normativo in corso.

VEDASI RISPOSTA N. 94.

76) Indicazione sull'ultimo premio lordo annuo corrisposto (periodo 01.11.2014 - 01.11.2015) comprensivo di eventuale regolazione premio: Euro

IL PREMIO PAGATO È STATO DI EURO 16.000.000, ESCLUSA LA REGOLAZIONE DEL PREMIO.

77) Nel conteggio dei giorni concordati per il pagamento del sinistro come deve intendersi gestito il caso di smarrimento dell'assegno? Si intende come liquidato il sinistro alla data di invio dell'assegno?

SI CONFERMA CHE LA DATA DI INVIO PUÒ ESSERE ASSIMILATA ALLA DATA DI LIQUIDAZIONE. IN CASO DI SMARRIMENTO, SI PROCEDERÀ TRAMITE DENUNCIA AL BLOCCO DELL'ASSEGNO E SI PROCEDERÀ A NUOVA LIQUIDAZIONE NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO.

78) Dal capitolato di gara non è chiaro se la centrale operativa possa avere un numero a pagamento o se è necessario un numero verde. Entrambe le possibilità sono presenti nel capitolato in punti diversi dello stesso. Si chiede pertanto se sia necessario approntare un servizio gratuito di numero verde o se invece questo possa essere anche a pagamento.

SI CHIEDE CHE IL SERVIZIO SIA GRATUITO TRAMITE NUMERO VERDE.

79) Si richiede analisi dettagliata dei sinistri per tipologia di danno per le ultime annualità e per tipologia di assicurato con indicazione dei sinistri riservati, pagati e del loro numero.

NON SI DISPONE DEL DETTAGLIO RICHIESTO.

80) Si chiede chiarimento riguardo le informazioni già fornite sui sinistri. In particolare, si chiede come sia possibile che per l'annualità 2014/2015 i sinistri sia pagati che riservati della categoria B siano superiori a quelli della categoria A essendo la categoria B principalmente un di cui della categoria A.

NELLA SECONDA ANNUALITA' NON SONO STATI CONTEGGIATI I SINISTRI SENZA SEGUITO.

81) Nella partecipazione agli utili viene conteggiato il premio aggiuntivo dato dall'assicurazione sui nuclei famigliari?

SI, IL PREMIO RELATIVO ALLE ADESIONI SARA' CONTEGGIATO NELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI.

82) Si richiede il conteggio della partecipazione agli utili per l'annualità 2013-2014

NON SI DISPONE DI TALE DETTAGLIO.

83) Nella partecipazione agli utili dove viene indicato come voce attiva il totale delle riserve relative all'esercizio precedente quale importo deve essere preso in considerazione da un eventuale nuovo assicuratore il primo anno?

NO, IL NUOVO ASSICURATORE NON DOVRA' INSERIRE ALL'ATTIVO LE RISERVE RELATIVE AGLI ANNI PRECEDENTI.

84) Si chiede:

- a) di avere l'indicazione del premio di aggiudicazione relativamente alla gara 2013/2016 (premio annuo in corso);
- b) di fornire, se disponibile, l'importo dei sinistri pagati relativamente alla precedente gara 2010/2013;
- c) conferma che sulla statistica sinistri 13/14 e 14/15 per "GAR. A" e "GAR. B" si intende la distinzione tra i sinistri della categoria di assicurati "A" e quelli della categoria di assicurati "B";
- d) se i sinistri forniti nella statistica 13/14 e 14/15 vengono riportati per anno di accadimento;
- e) di avere per ciascuna annualità 13/14 e 14/15 la suddivisione dei sinistri per garanzia colpita (morte da infortunio/ invalidità permanente da infortunio / degenza a seguito infortunio e malattia / interventi chirurgici (come da elenco tabellato) / grande intervento chirurgico).

SI CONFRONTINO LE RISPOSTE GIA' FORNITE.

85) Art.23 – Rischi esclusi

- a) In relazione al comma a) dove si precisa che "saranno esclusi gli eventi relativi alle malformazioni stabilizzate, difetti fisici e mutilazioni esistenti prima dell'inizio dell'assicurazione", si chiede conferma che in tale esclusione l'assicurazione non comprende le spese sanitarie sostenute per cure ed interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e mutilazioni o malformazioni stabilizzate, preesistenti alla stipula del contratto.
- b) In relazione al comma d) dove si precisa che "saranno esclusi gli eventi relativi alla gravidanza, parto e puerperio, ad eccezione dei casi comportanti interventi" si chiede precisazione se l'indennità di parto (€ 300,00) prevista all'art.24 "Garanzie prestate e somme assicurate" per i soggetti di cui al punto B dell'art.17) viene riconosciuta esclusivamente nel caso di parto comportante intervento oppure genericamente nei casi di parto cesareo e parto naturale.

A) SI CONFERMA; B) SI CONFERMA CHE L'INDENNITÀ DI PARTO VERRÀ RICONOSCIUTA SIA PER IL PARTO NATURALE CHE PER IL PARTO CESAREO.

86) Art.24 – Garanzie prestate e somme assicurate

Per i soggetti di cui al punto A dell'art.17:

Nella tabella "Prestazioni in Caso di Malattia", si chiede:

- a) Intervento Chirurgico (limite annuo per assicurato pari a € 745,00): "In caso di più interventi distanti tra loro meno di 30 giorni, la Società corrisponde l'importo che risulta minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi e il 150% dell'indennizzo per l'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti" In tale evenienza l'indennizzo viene riconosciuto fermo il limite annuo per assicurato di € 745,00?
- b) Ricovero senza intervento chirurgico (limite annuo per assicurato pari a € 625,00): l'importo di € 74,00 indicato nel prospetto deve intendersi come indennizzo fisso per ciascun ricovero senza intervento chirurgico?
- c) Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia (limite annuo per assicurato pari a € 290,00): l'importo di € 29,00 per applicazione indicato nel prospetto deve intendersi come indennizzo fisso per ogni ciclo di chemioterapia o radioterapia?
- d) Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus: l'importo di € 290,00 indicato nel prospetto deve intendersi come indennizzo fisso per evento oppure limite annuo per assicurato? Nella tabella di "classificazione per intervento chirurgico", si chiede:
- e) le somme assicurate per i soggetti di cui al punto A) indicate per classi di rischio, devono intendersi come massimo indennizzo per singolo intervento rientrante nel "Nomenclatore degli interventi Chirurgici" oppure come sub/limite annuo (sempre riferito al Nomenclatore), entro il limite annuo per assicurato di € 745,00 indicato alla voce "Intervento Chirurgico"?

A) SI CONFERMA CHE L'INDENNIZZO VIENE RICONOSCIUTO FERMO IL LIMITE ANNUO DI 745 EURO; B) SI CONFERMA CHE L'IMPORTO DI 74 € DEVE INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER OGNI RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO; C) SI CONFERMA CHE L'IMPORTO DI 29 € DEVE INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER OGNI CICLO DI CHEMIO O RADIO TERAPIA D) L'IMPORTO DI 290 EURO DEVE INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER EVENTO; E) LE SOMME ASSICURATE DI CUI ALLA "TABELLA DI CLASSIFICAZIONE DI INTERVENTO CHIRURGICO" DEVONO INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER SINGOLO INTERVENTO ENTRO IL LIMITE ANNUO DI 745 EURO.

- 87) Nella tabella "Prestazioni in caso di Infortunio" (Limite annuo per assicurato pari a € 715,00), si chiede: le somme assicurate ed i massimali indicati per ciascuna prestazione (Degenza, Ricovero senza Intervento Chirurgico, Ricovero con Intervento Chirurgico) devono intendersi come indennizzo in misura fissa per singolo evento oppure come sub/limite annuo, entro il limite annuo per assicurato di € 715,00?

LE SOMME INDICATE PER OGNI PRESTAZIONE DEVONO INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER SINGOLO INTERVENTO ENTRO IL LIMITE ANNUO DI 715 EURO.

- 88) Per i soggetti di cui al punto B dell'art.17:

Nella tabella "Prestazioni in Caso di Malattia", si chiede:

- a) Intervento Chirurgico (limite annuo per assicurato pari a € 8.380,00):
"In caso di più interventi distanti tra loro meno di 30 giorni, la Società corrisponde l'importo che risulta minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi e il 150% dell'indennizzo per l'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti" In tale evenienza l'indennizzo viene riconosciuto fermo il limite annuo per assicurato di € 8.380,00?
- b) Ricovero senza intervento chirurgico (limite annuo per assicurato pari a € 7.105,00): l'importo di € 405,00 indicato nel prospetto deve intendersi come indennizzo fisso per ciascun ricovero senza intervento chirurgico?

- c) Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia (limite annuo per assicurato pari a € 1.615,00): l'importo di € 162,00 per applicazione indicato nel prospetto deve intendersi come indennizzo fisso per ogni ciclo di chemioterapia o radioterapia?
- d) Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus l'importo di € 1.615,00 indicato nel prospetto deve intendersi come indennizzo fisso per evento oppure limite annuo per assicurato?
Nella tabella di "classificazione per intervento chirurgico), si chiede:
- e) le somme assicurate per i soggetti di cui al punto B) indicate per classi di rischio, devono intendersi come massimo indennizzo per singolo intervento rientrante nel "Nomenclatore degli interventi Chirurgici" oppure come sub/limite annuo (sempre riferito al Nomenclatore), entro il limite annuo per assicurato di € 8.380,00 indicato alla voce "Intervento Chirurgico"?
Nella tabella "Prestazioni in caso di Infortunio" (Limite annuo per assicurato pari a € 4.040,00), si chiede:
- f) le somme assicurate ed i massimali indicati per ciascuna prestazione (Degenza, Ricovero senza Intervento Chirurgico, Ricovero con Intervento Chirurgico) devono intendersi come indennizzo in misura fissa per singolo evento oppure come sub/limite annuo, entro il limite annuo per assicurato di € 4.040,00?
All'ultima tabella dell'art.24), limitatamente ai soggetti di cui al punto B dell'art.17), viene prevista la prestazione "Indennità di parto" per € 300,00. Si chiede:
- g) se tale indennità viene prevista per evento e la stessa indennità viene prevista sia per parto cesareo che per parto naturale.

A) SI CONFERMA CHE L'INDENNIZZO VIENE RICONOSCIUTO FERMO IL LIMITE ANNUO DI 8.380 EURO; B) SI CONFERMA CHE L'IMPORTO DI 405 € DEVE INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER OGNI RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO; C) SI CONFERMA CHE L'IMPORTO DI 162 € DEVE INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER OGNI CICLO DI CHEMIO O RADIO TERAPIA; D) L'IMPORTO DI 1.615 EURO DEVE INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER EVENTO; E) LE SOMME ASSICURATE DI CUI ALLA "TABELLA DI CLASSIFICAZIONE DI INTERVENTO CHIRURGICO" DEVONO INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER SINGOLO INTERVENTO ENTRO IL LIMITE ANNUO DI 8.380 EURO; F) LE SOMME INDICATE PER OGNI PRESTAZIONE DEVONO INTENDERSI COME INDENNIZZO FISSO PER SINGOLO INTERVENTO ENTRO IL LIMITE ANNUO DI 4.040 EURO; G) L'INDENNITÀ DI PARTO VERRÀ RICONOSCIUTA SIA PER IL PARTO NATURALE CHE PER IL PARTO CESAREO.

89) Art.30) Norme relative alla liquidazione dei sinistri

Nel caso in cui l'assicurato presenti la denuncia e relativa documentazione con lettera raccomandata, si chiede se per destinatario della raccomandata, se usata come denuncia sinistro, si intende la Società.

IL DESTINATARIO DELLA DENUNCIA DEVE INTENDERSI IL CONTRAENTE.

90) Art.31) Service Level Agreement – Gestione Sinistri

Si chiede se, in caso di aggiudicazione della gara e nell'ambito dell'operatività delle disposizioni riportate nella tabella, il Contraente potrà fornire in via preventiva alla Società un archivio assicurati contenente tutti i dati degli aventi diritto, predisposto sulla base del tracciato fornito dalla Società stessa e caricato successivamente sui propri sistemi operativi sia ai fini dell'attività liquidativa che in ottemperanza delle disposizioni IVASS.

POTRANNO ESSERE FORNITI CON FORMATO CONCORDATO TRA LA SOCIETÀ E LA FONDAZIONE.

91) Al capoverso 4 della tabella prevista all'Art.31), si chiede la possibilità di eliminare o limitare l'uso degli assegni.

NON E' POSSIBILE.

92) Art.32) - Penali

Chiediamo maggiori chiarimenti su cosa si intenda per "ricevimento della pratica completa". Nel ringraziare per la collaborazione, restiamo in attesa di cortese riscontro.

PER PRATICA COMPLETA SI INTENDE LA PRATICA CORREDATA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA AI SENSI DELL'ART. 36 "COME COMPILARE LA DENUNCIA DI SINISTRO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO".

93) Facendo riferimento anche al Capitolato Speciale, al fine di definire correttamente lo stato di rischio, si chiede:

- se i soggetti di cui al punto A) dell'Art.17 del Capitolato Speciale sono quantificabili in 220.000 persone assicurate
- Se i soggetti di cui al punto B) dell'Art.17 del Capitolato Speciale sono quantificabili in 165.000 persone assicurate
- Se possiamo considerare in totale 385.000 assicurati di cui all'art.17

Oppure, si chiede:

- se i soggetti di cui al punto A) dell'art.17 del Capitolato Speciale sono quantificabili in 220.000 assicurati

Di cui

- i soggetti che hanno maturato i requisiti per la determinazione del diritto alle prestazioni di cui alla lettera B) sono 165.000 assicurati .

Pertanto

- gli assicurati di polizza da considerare complessivamente sono 220.000, di cui 165.000 usufruiscono sia delle garanzie previste al punto A) che di quelle previste al punto B) dell'art.24) Garanzie Prestate e Somme assicurate del Capitolato Speciale

ALCUNI ASSICURATI HANNO SIA IL REQUISITO A CHE IL REQUISITO B E PERTANTO SONO CONTEGGIATI DUE VOLTE. IL NUMERO TOTALE DI ASSICURATI È 220.000.

94) Si chiede di confermare che il capitolato corrisponde all'attuale copertura in corso così come a quella dell'annualità 2013/14; in caso contrario si chiede di indicare le modifiche rispetto ad entrambe le coperture citate.

LA DOCUMENTAZIONE DELLA COPERTURA CORRENTE È REPERIBILE SUL PORTALE DELLA FONDAZIONE, PAGINA BANDI DI GARA (GARA N. 01/2013).

95) Art. 17 – Soggetti Assicurati: l'articolo in parola prevede due tipologie di assistito, quella di cui al punto A e quella di cui al punto B, a seconda dei quali sono previste specifiche prestazioni rimborsabili. E' possibile che tra gli iscritti alla Fondazione ENASARCO vi siano iscritti che contemporaneamente possono essere assimilati ad entrambe le fattispecie di cui ai punti A e B?

In caso affermativo:

A) per tali iscritti (A + B), le prestazioni di cui all'art. 24 destinate separatamente agli iscritti di cui al punto A e punto B, devono intendersi cumulative? (in altre parole per tali soggetti la copertura deve intendersi A + B?)

B) per tali iscritti (A + B), sarà previsto il pagamento del premio/contributo sia per la posizione A che per la posizione B? (in altre parole per tali soggetti il premio deve intendersi A + B?)

C) quanto sono ad oggi gli iscritti che contemporaneamente ricoprono la posizione A + B?

SI CONFERMA CHE ALCUNI ISCRITTI POSSONO ESSERE IN POSSESSO SIA DEL REQUISITO A CHE DEL REQUISITO B. IN QUESTO CASO LA COPERTURA DEVE INTENDERSI CUMULATIVA E ANCHE IL PREMIO VERRÀ CORRISPOSTO SIA PER LA POSIZIONE A CHE PER LA POSIZIONE B.

96) Art. 24 - Garanzie prestate e somme assicurate: si chiede di confermare che le prestazioni indicate nelle 2 tabelle "Prestazioni in caso di malattia" e nelle 2 tabelle "Prestazioni in caso di infortunio" (pagg.12, 13, 14 e 15) prevedano liquidazioni in forma indennitaria e forfettaria (nei limiti per evento e per anno specificamente indicati nelle tabelle stesse) vale a dire indipendentemente dalle eventuali spese sostenute da parte dell'assistito.

SI CONFERMA CHE LE PRESTAZIONI INDICATE NELLE TABELLE "PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA" E "PRESTAZIONI IN CASO DI INFORTUNIO" SONO DA LIQUIDARE IN FORMA INDENNITARIA INDIPENDENTEMENTE DALLE SPESE SOSTENUTE DALL'ASSICURATO, AD ECCEZIONE DELLA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

97) Art. 24 - Garanzie prestate e somme assicurate: si chiede di confermare che la somma assicurata di € 40.000 prevista per i Grandi Interventi chirurgici nella tabella riportata a pagina 16 debba intendersi come il massimale previsto per la prestazione "Grandi Interventi Chirurgici" indicati all'art. 26.

SI CONFERMA CHE LA SOMMA DI 40.000 RAPPRESENTA IL MASSIMALE DELLA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 26.

98) Art. 24 - Garanzie prestate e somme assicurate: si chiede di confermare che la somma assicurate di € 40.000 prevista per i Grandi Interventi chirurgici nella tabella riportata a pagina 16 debba intendersi indennità forfettaria aggiuntiva e cumulativa rispetto all'eventuale rimborso delle spese sostenute per un Grande Intervento chirurgico rimborsabili ai sensi dell'Art. 26.

NON SI CONFERMA, SI VEDA RISPOSTA PRECEDENTE.

99) Art. 24 - Garanzie prestate e somme assicurate: si chiede di confermare che la somma assicurate di € 40.000 prevista per i Grandi Interventi chirurgici nella tabella riportata a pagina 16 sia riferita agli interventi chirurgici di cui all'Allegato I.

SI CONFERMA.

100) Art. 24 - Garanzie prestate e somme assicurate: si chiede di confermare che la somma assicurata di € 300 prevista per i l'indennità parto si intenda erogabile sia in caso di parto naturale che di parto cesareo e in quest'ultimo caso in aggiunta all'eventuale indennità dovuta come prestazione prevista tra gli elenchi di cui alla tabella "Prestazioni in caso di malattia".

L'INDENNITÀ PARTO È DA INTENDERSI EROGABILE SIA PER IL PARTO NATURALE CHE PER IL PARTO CESAREO. NON È CUMULABILE CON ALTRE INDENNITÀ PREVISTE DALLA TABELLA PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA.

101) Art. 24 "Invalidità permanente da Infortunio" massimale € 50.000 per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17: si conferma che ai fini della determinazione dell'indennizzo dovuto si applicheranno le franchigie previste dal secondo capoverso dell'art.27 (pag. 17)?

SI CONFERMA; PER GLI ASSICURATI A SI APPLICHERÀ LA FRANCHIGIA DEL 6% RELATIVA E L'IP 66% VARRÀ INDENNIZZATA AL 100%.

102) Art. 24 "Invalidità permanente da Infortunio" massimale € 20.000 per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17: si conferma che ai fini della determinazione dell'indennizzo dovuto si applicheranno le franchigie e la tabella previste al terzo capoverso dell'art.27 (paf. 17 e 18)?
SI CONFERMA CHE PER I SOGGETTI B SI APPLICHERÀ LA FRANCHIGIA DEL 21% E L'APPLICAZIONE DELLA TABELLA DI CUI ALL'ART. 27.

103) Art. 24 Garanzie e somme assicurate: si conferma che tale prestazioni sono destinate esclusivamente ai soggetti di cui ai punti A e B dell'Art. 17 e che pertanto non possono essere estese ai familiari fiscalmente a carico?
SI CONFERMA, AD ECCEZIONE DELLA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI PER GLI ASSICURATI B.

104) Art. 26 "Grandi Interventi chirurgici":
--- si conferma che tale prestazione è l'unica che è possibile estendere anche ai familiari fiscalmente a carico? (in caso di non conferma si chiede di specificare le prestazioni a favore dei suddetti familiari)
--- si conferma che l'estensione ai familiari fiscalmente a carico riguarda solo i soggetti di cui alla lettera B dell'art.17?
SI CONFERMA.

105) Art. 25 - Clausola di carenza contrattuale: ai fini della corretta applicazione della norma, l'Ente fornirà l'elenco delle persone già assicurate con altro contratto dallo stesso stipulato?
NO, L'ENTE VERIFICHERÀ IL REQUISITO AL MOMENTO DELLA DENUNCIA DEL SINISTRO.

106) Estensione della copertura ai familiari:
--- Si chiede di indicare in modo specifico le prestazioni oggetto dell'estensione della copertura.
--- si conferma che l'estensione ai familiari fiscalmente a carico riguarda solo i soggetti di cui alla lettera B dell'art.17?
--- in caso di estensione delle coperture ai familiari è applicabile quanto disposto dall'Art. 25?
* In particolare l'Ente fornirà i nominativi dei familiari già assicurati con altro contratto dallo stesso stipulato?
* per i familiari sono da considerarsi ricomprese anche le conseguenze di malattie pregresse e/o infortuni avvenuti prima della data di adesione alla copertura?
* sono previsti limiti temporali per l'adesione dei familiari? (ad esempio 15 gg dall'attivazione della copertura a favore del caponucleo) In caso affermativo, si prega di indicare quali.
--- La copertura assicurativa in corso, così come eventualmente le precedenti, prevedevano l'estensione ai familiari?
--- In caso affermativo:
* quali erano le prestazioni a questi destinate?
* si richiede di conoscere il numero dei familiari assicurati, la loro tipologia (es. coniuge, figli, fratelli, genitori).
* si richiede di conoscere il numero dei caponucleo che avevano attivato l'estensione
* si richiede di conoscere il premio applicato per singolo familiare.
* si richiede di conoscere le seguenti informazioni in merito ai sinistri suddivise per ciascuna annualità di validità della copertura:
°° importo richiesto suddiviso per tipologia di prestazione e numero di pratiche;
°° importo liquidato suddiviso per tipologia di prestazione e numero di pratiche;
°° importo riservato suddiviso per tipologia di prestazione e numero di pratiche;

- °° numero pratiche complessivamente ricevute;
- °° numero di pratiche non rimborsate.

LA PRESTAZIONE OGGETTO DELL'ESTENSIONE È QUELLA PREVISTA ALL'ART.26 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E RIGUARDA SOLO I FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO DEI SOGGETTI B. IN CASO DI ESTENSIONE È APPLICABILE L'ART. 25. L'ENTE NON FORNIRÀ I NOMINATIVI DEI FAMILIARI GIÀ ASSICURATI. PER I FAMILIARI SONO DA CONSIDERARSI COMPRESSE ANCHE LE CONSEGUENZE DI MALATTIE PREGRESSE E/O INFORTUNI AVVENUTI PRIMA DELLA DATA DI ADESIONE ALLA COPERTURA, FERME LE CARENZE DI CUI ALL'ART.25. PER L'ADESIONE DEI FAMILIARI SONO PREVISTI 45 GIORNI DALL'ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA A FAVORE DEL CAPO NUCLEO.

LA COPERTURA IN CORSO PREVEDEVA GIÀ L'ESTENSIONE DELLA PRESTAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI AI FAMILIARI. ATTUALMENTE AVEVA ADERITO 1 CONIUGE. IL PREMIO È PARI A € 1.000. NESSUN SINISTRO.

107) ALLEGATO SINISTRI:

- a) nei documenti pubblicati si fa riferimento a Gar. A e Gar. B, come devono quindi essere intesi?
- b) Gar. deve intendersi come "Garanzia", in caso affermativo si fa presente che nel capitolato speciale non vi è alcun riferimento a Garanzia A e Garanzia B, per questo motivo si chiede di fornire chiarimenti.
- c) Per una corretta e migliore valutazione dei dati, finalizzata a poter fornire una offerta ad esclusivo vantaggio della Fondazione ENASARCO, si richiede di ricevere, per ciascuna delle schede già pubblicate e messe a disposizione dei concorrenti, i sinistri per entrambe le annualità così suddivisi:
 - * Sinistri relativi i soggetti di cui alla Lettera A dell'art. 17
 - * sinistri relativi i soggetti di cui alla lettera B dell'art. 17
 - * sinistri relativi ai familiari
 - * per ciascuna tipologia di assicurato, inoltre i sinistri dovrebbero essere così dettagliati per prestazioni e importi:
 - °° tipologia di prestazione suddiviso per tipologia (vedi tabelle "prestazioni in caso di malattia", "prestazioni in caso di infortunio", "morte a seguito di infortunio", "grandi interventi chirurgici", "indennità parto") e per le prestazioni di cui alle tabelle "prestazioni in caso di malattia", "prestazioni in caso di infortunio" anche le specifiche rispetto a tutte le prestazioni/righe ivi previste
 - °° importo liquidato suddiviso per tipologia di prestazione (vedi sopra) e numero di pratiche
 - °° importo riservato suddiviso per tipologia di prestazione (vedi sopra) e numero di pratiche;
 - °° numero pratiche complessivamente ricevute;
 - °° numero di pratiche non rimborsate.
- d) per quanto riguarda i sinistri inerenti l'Invalidità Permanente da Malattia, inoltre, si richiede di conoscere in dettaglio per ciascuna annualità e per ciascun sinistro: grado di invalidità accertato/ipotizzata (in caso di sinistro a riserva), data presentazione sinistri e data liquidazione/riservazione dello stesso, tipologia di sinistro (professionale o extraprofessionale).
- e) Si richiede di indicare, per ciascuna delle schede già pubblicate e messe a disposizione dei concorrenti, la data di estrazione/elaborazione dei dati da parte della Compagnia di assicurazione.

A) GAR. A E GAR. B DEVONO INTENDERSI COME SINISTRI RELATIVI AI SOGGETTI DI TIPO A E SINISTRI RELATIVI AGLI ASSICURATI DI TIPO B; B) SI VEDA RISPOSTA

PRECEDENTE; C) I SINISTRI SONO DISTINTI PER SOGGETTI A E B, NON CI SONO SINISTRI SUI FAMILIARI AD ADESIONE. NON SI DISPONE DEL DETTAGLIO PER GARANZIA; D) NON SI DISPONE DEL DETTAGLIO DELLE IP LIQUIDATE O RISERVATE; E) L'ELABORAZIONE DEI SINISTRI RISALE A MAGGIO 2016.

108) Art. 8 Requisiti di idoneità professionale, capacità tecnica-organizzativa ed economico-finanziaria.

1) Si prega di confermare che per "possesso" di almeno una struttura abilitata al ricovero per grandi interventi chirurgici in ogni Regione di Italia, si intenda l'esistenza al momento dell'attivazione della copertura di un accordo di convenzionamento tra la struttura sanitaria ed il concorrente (ovvero il service da questi incaricato) che permetta agli iscritti ENASARCO di poter accedere ai ricoveri presso tale struttura, e non come diritto di possesso così come definito ai sensi del Codice Civile.

SI CONFERMA; CFR. PRECEDENTI RISPOSTE.

109) Art. 11: contenuto della busta B. Offerta Tecnica

In analogia a quanto predisposto per la presentazione dell'offerta economica (Allegato 7), la Fondazione ENASARCO ha redatto uno specifico modulo per le presentazioni dell'offerta tecnica ed in particolare per l'indicazione di tutte le varianti accordate da parte del concorrente? Ciò al fine di facilitare di una migliore elaborazione dell'offerta oltre che della lettura della stessa. Ovviamente tale modulo farebbe parte del documento complessivo della relazione tecnica che dovrà essere al massimo di 50 pagine come indicato.

NON E' PREVISTO.

110) Art. 13.4 Valutazione offerta tecnica:

a) Variazione indennità:

1) si prega di indicare specificamente quali siano le indennità relative a ciascuna prestazione che possono essere oggetto di variazione.

Ciò in quanto nel capitolato speciale all'art. 24 per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 sono indicate 17 prestazioni (4 della Tabella Prestazioni in caso di malattia + 11 della Tabella prestazioni in caso di infortunio + Morte a seguito di infortunio + Invalidità permanente a seguito di Infortunio) mentre per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17 sono indicate 19 prestazioni (4 della Tabella Prestazioni in caso di malattia + 11 della Tabella prestazioni in caso di infortunio + Morte a seguito di infortunio + Invalidità permanente a seguito di Infortunio + Grandi Interventi chirurgici + indennità parto).

LE INDENNITÀ OGGETTO DI VARIAZIONE SONO TUTTE QUELLE PREVISTE DALLE TABELLE PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA E PRESTAZIONI IN CASO DI INFORTUNIO, COMPRESI I CAPITALI ASSICURATI PER MORTE E IP DA INFORTUNIO, IL MASSIMALE PER I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E L'INDENNITÀ PARTO. SIA LE INDENNITÀ GIORNALIERE E PRE PRESTAZIONE CHE I LIMITI ANNUALI.

2) da quanto indicato al quesito a.1 si evince che il concorrente potrà apportare un massimo di 34 variazioni scegliendo dove applicare tra 36 possibili scelte che corrispondono a tutte le prestazioni di cui all'art. 24. Si chiede di confermare tale interpretazione.

NON SI CONFERMA. L'EVENTUALE OFFERTA DI UN PUNTO PERCENTUALE IN PIÙ SARÀ DA INTENDERSI APPLICATA A TUTTE LE INDENNITÀ LA VARIAZIONE

MIGLIORATIVA DI UN 1% DI TUTTE LE INDENNITÀ COMPORTERÀ L'ASSEGNAZIONE DI 1 PUNTO.

- 3) si prega di confermare che a 1 variazione migliorativa verrà assegnato 1 punto di valutazione positivo con il massimo di 17 punti, pertanto qualora vengano dal concorrente accordati variazioni migliorative in numero superiore a 17 (ad esempio 30) il massimo punteggio assegnabile sarà sempre 17 punti.

SI VEDA RISPOSTA PRECEDENTE.

- 4) si prega di confermare che a 1 variazione peggiorativa verrà assegnato 1 punto di valutazione negativo con il massimo di 17 punti, pertanto qualora vengano dal concorrente accordati variazioni peggiorative in numero superiore a 17 (ad esempio 30) il massimo punteggio assegnabile (e quindi decurtabile) sarà sempre 17 punti negativi.

NON SI CONFERMA. L'EVENTUALE PROPOSTA DI 1% IN MENO SARÀ DA INTENDERSI APPLICATO A TUTTE LE INDENNITÀ. LA VARIAZIONE PEGGIORATIVA DI % DI TUTTE LE INDENNITÀ COMPORTERÀ LA DECURTAZIONE DI 1 PUNTO.

- 6) si chiede conferma che in caso di variazione per la prestazione Intervento chirurgico (previsto dalle tabelle Prestazioni in caso di malattia sia per i soggetti di cui al punto A che al punto B dell'art. 17) la variazione percentuale si applicherà sia al limite annuo sia alle singole somme assicurate previste per le 5 classi indicate nelle Tabelle di classificazione di intervento chirurgico.

SI CONFERMA.

- b) Franchigia sulla invalidità permanente:

- 1) Si chiede di confermare che i miglioramenti si riferiscono esclusivamente alla copertura destinata ai soggetti di cui al punto B dell'art. 14.
In particolare la supervalutazione $40 = 100$ si applicherà soltanto ai soggetti di cui al punto B dell'art. 14 mentre per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 rimarrà ferma l'applicazione della supervalutazione maggiore di $66 = 100$ (Art. 27 III capoverso del capitolato speciale).

SI CONFERMA.

- 2) Considerato che in tabella è indicato che verrà assegnato 1 punto per ogni variazione in aumento e che i punti assegnabili massimi sono 3, confermate che in ogni caso qualora un concorrente accordi più di tre variazioni a questo saranno assegnati sempre tre punti?

In particolare, confermate la seguente ipotesi: il concorrente x accorda 3 miglioramenti, il concorrente y ne accorda 8 diverse; ad entrambi concorrenti verranno assegnati 3 punti.

SI PRECISA CHE LA VARIAZIONE IN AUMENTO DI "1 PUNTO" SARÀ DA INTENDERSI APPLICATA AD OGNI PERCENTUALE DELLA TABELLA. LA VARIAZIONE DI "3 PUNTI" E LA VARIAZIONE DI "8PUNTI" SULLA IP RICONOSCIUTA COMPORTERANNO ENTRAMBE L'ASSEGNAZIONE DI 3 PUNTI.

- 111) Art. 13.5 Valutazione dell'offerta economica

- 1) Confermate che ai fini dell'assegnazione del punteggio verrà utilizzata la formula indicata? (pagina 19)
2) Si prega di indicare il coefficiente che verrà utilizzato per lo sviluppo della formula.



Gara a procedura aperta in ambito U.E. per la stipula di una polizza di assicurazione cumulativa in favore degli Agenti di Commercio iscritti a Fondazione Enasarco.
CIG: 6704650435

112) PREMI

1) Si chiede di indicare i premi in corso suddivisi per ciascuna categoria di assistiti.

ASSICURATI A: PREMIO PRO CAPITE € 26,99 – ASSICURATI B PREMIO PRO CAPITE € 60,98 – FAMILIARI AD ADESIONE: PREMIO PRO CAPITE € 1.000.