



GARA A PROCEDURA APERTA IN AMBITO U.E. PER LA STIPULA DI UNA POLIZZA DI ASSICURAZIONE CUMULATIVA IN FAVORE DEGLI AGENTI DI COMMERCIO ISCRITTI ALLA FONDAZIONE ENASARCO
- CIG 5065006F29 -

RISPOSTE AI QUESITI

Aggiornamento 20/06/2013

BANDO DI GARA

1) QUESITO: *Riguardo i requisiti di capacità economica e finanziaria (punto III.2.2 bando e punto 3.4 disciplinare) viene evidenziata una discordanza riguardo il triennio di riferimento (vedi anche quesito n. 8 estratto verbale riunione del 28/05/2013).*

RISPOSTA: Occorre far riferimento al triennio indicato al punto III.2.2. lettere a), b) del bando.

2) QUESITO: *Nell'ambito della sezione III.2.3) "capacità tecnica", all'inizio di pagina 4 si legge "... , atti a prestare il servizio di liquidazione dei danni sull'intero territorio nazionale." Si chiede conferma del fatto che, qualora il raggruppamento soddisfi il requisito, sia possibile, come previsto all'art. 34 del Capitolato Speciale "Attività di supporto ed assistenza", procedere alla gestione del servizio liquidativo per mezzo di un call center centralizzato attivo almeno dalle ore 9.00 alle ore 13.00.*

RISPOSTA: Nel caso in cui il raggruppamento temporaneo di impresa sia in possesso delle strutture, risorse umane e mezzi organizzativi adeguati, atti a prestare il servizio di liquidazione dei danni sull'intero territorio nazionale, l'attività di supporto e assistenza di cui all'art. 34 del Capitolato Speciale può essere effettuata a mezzo di call center centralizzato attivo almeno dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

3) QUESITO: Una società di cooperativa europea di diritto italiano può partecipare alla gara? (v. anche quesito n. 3 estratto verbale riunione del 28/05/2013).

RISPOSTA: La società cooperativa europea, disciplinata dal Regolamento CE n. 1435/2003, può partecipare alla gara rientrando nei soggetti di cui alla lett. f-bis) dell'art. 34 del Codice dei Contratti.

DISCIPLINARE DI GARA

4) QUESITO: *Il disciplinare (art. 3.4.c) riporta quale requisito di capacità economico e finanziaria, l'indice di solvibilità mentre il bando, al punto III.2.2 non ne fa menzione (vedi anche quesito n. 8 estratto verbale riunione del 28/05/2013).*

RISPOSTA: Il requisito di cui al punto 3.4.c del disciplinare di gara in quanto non riportato nel bando si ha per non richiesto.

5) QUESITO: *Si intendono coperture assicurative analoghe (punto 3.4.b) quelle prestate sia con enti pubblici sia con privati?.*

RISPOSTA: La risposta è affermativa.

6)QUESITO: *Nell'ambito dell'art. 5 "Criterio di aggiudicazione", alla fine di pag. 10 si legge "... L'indennizzo per le prestazioni a seguito di ricovero o degenza domiciliare, sia per il caso di malattia che per infortunio, è corrisposto previa deduzione di una franchigia di 5 giorni per ogni periodo di ricovero o degenza domiciliare."*

Si chiede conferma del fatto che, la franchigia di 5 giorni debba essere intesa come durata minima del ricovero o della degenza domiciliare per rendere operativa la copertura assicurativa. (Esempio: in caso di ricovero con intervento chirurgico da parte di un soggetto di cui al punto A dell'art. 17 del capitolato per "aneurismi arterie distali degli arti" (Classe III) della durata di 7 giorni dovrà essere riconosciuto un importo di 428,00 euro. Qualora invece la durata del ricovero sia di soli 4 giorni il sinistro non dovrà essere indennizzato).

Si chiede inoltre conferma del fatto che la franchigia di 5 giorni operi sia per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del capitolato che dei soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del capitolato in quanto in base a quanto riportato a pag 14 del capitolato di gara, all'art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate", si potrebbe desumere che la franchigia operi solo per i soggetti di cui al punto B.

RISPOSTA: Si conferma che la franchigia di 5 gg. di cui all'art. 24 del Capitolato Speciale deve essere intesa come durata minima del ricovero o della degenza domiciliare, sia per il caso malattia che per il caso infortunio, per rendere operativa la copertura assicurativa. La franchigia di 5 gg. opera solo per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato Speciale.

7)QUESITO: in relazione alla garanzia definitiva, richiesta al punto 9 lettera a) del disciplinare di gara, viene richiesto se tale cauzione avrà ammontare pari al 10% dell'importo del contratto ? (v. anche quesito n. 4 estratto verbale riunione del 28/05/2013)

RISPOSTA: La garanzia definitiva dovrà essere pari al 10% del premio di € 16.000.000,00 indicato al punto II.2 del bando di gara, senza tener conto dell'importo preventivato per l'eventuale proroga.

CAPITOLATO SPECIALE

8)QUESITO: *Si richiede conferma che il termine di 30 giorni – previsto all'art. 32 del C.S.A. – decorra dalla presentazione della denuncia correlata dalla documentazione medica richiesta come previsto dall'art. 30.*

RISPOSTA: La risposta è affermativa.

9)QUESITO: *Pag. 4 art. 3 "Requisiti di ammissione alla gara" punto 3.1 "Premessa" si legge:
"...
non saranno ammesse le offerte:
...
e) In aumento del prezzo a base di gara
..."*

Si chiede se i premi unitari relativi agli assicurati di cui al punto A e B dell'art. 17 del capitolato debbano essere definiti in modo tale che il premio totale ottenuto, ipotizzando che gli assicurati siano rispettivamente 220.000 e 165.000, non superi 16 milioni. Si chiede inoltre se, nel caso in cui a posteriori risulti che il numero di assicurati sia superiore a quello inizialmente preventivato, e conseguentemente il premio totale superi i 16 milioni inizialmente previsto, l'Ente verserà l'eccedenza di premio o se invece i 16 milioni rappresentino il tetto massimo del premio annuo da riconoscere alla Compagnia

RISPOSTA: I premi unitari relativi agli assicurati di cui al punto A e B dell'art. 17 del Capitolato Speciale devono essere definiti in modo tale che il premio totale ottenuto, ipotizzando che gli assicurati siano rispettivamente 220.000 e 165.000, sia pari a 16 milioni di euro.

In sede di regolazione del premio come previsto all'art. 6 del Capitolato Speciale, nel caso in cui a posteriori risulti che il numero degli assicurati sia superiore a quello inizialmente preventivato, il premio verrà rivisto in aumento.

10)QUESITO: *Si chiede conferma che l'importo dei sinistri tardivi (sinistri di competenza dell'annualità di riferimento ma non ancora denunciati alla Compagnia) siano da intendersi ricompresi nell'ambito dei sinistri pendenti.*

RISPOSTA: La risposta è affermativa, in particolare si precisa che per "importo dei sinistri ancora a riserva pendenti alla fine dell'esercizio" - come indicato all'art. 8 "Bilancio, partecipazione agli utili e revisione del premio" - si intende la riserva per sinistri avvenuti e denunciati alla data di valutazione e la riserva per sinistri avvenuti e non ancora denunciati alla medesima data di valutazione.

11)QUESITO: *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.*

RISPOSTA: La risposta è negativa.

12)QUESITO: *Pag. 8, art. 18 "Persone non assicurabili" si legge:*

" ...

Non possono essere assicurate le persone affette da epilessia, paralisi, infermità mentali, ..."

In virtù della legge 3 marzo 2009, n. 18 – pubblicata in G.U. n. 61 del 14 marzo 2009, avente ad oggetto la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007 – non possono essere considerate persone non assicurabili i soggetti affetti da infermità mentali, ferma restando invece l'esclusione per la cura delle conseguenze derivanti dalle patologie mentali. Si chiede, pertanto, se sia opportuno/appropriato provvedere all'eliminazione del termine "infermità mentali".

RISPOSTA: Per quanto riguarda i soggetti assicurabili, la Fondazione ha ritenuto opportuno non discostarsi dalla precedente polizza assicurativa anche al fine di non ingenerare lievitazioni del premio. Per cui l'art. 18 del Capitolato è confermato nella sua interezza.

13)QUESITO: *All'art. 22 del Capitolato è riportato quanto segue: "A titolo esemplificativo e non esaustivo di quanto riportato in premessa, saranno inoltre compresi in garanzia gli infortuni derivanti". Qual è la premessa cui si fa riferimento?*

RISPOSTA: La dizione "di quanto riportato in premessa" va depennata, trattandosi di refuso di stampa.

14)QUESITO: *Pag. 10, art. 23 "Rischi esclusi" si legge:*

"Garanzia malattia

Saranno esclusi gli eventi relativi:

a) Alle malformazioni stabilizzate, difetti fisici e ...

..... "

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

RISPOSTA: Non si ritiene di apportare modifiche alle "Definizioni"

15)QUESITO: Pag. 10, 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:

Prestazioni	Somme assicurate e massimali
Intervento chirurgico	Indennizzo determinato in misura fissa e forfettaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito come specificato nel "Nomenclatore degli interventi chirurgici"; il pagamento dell'indennizzo avviene secondo la classificazione degli interventi chirurgici riportata nella tabella "Classificazione intervento chirurgico". <u>La prestazione è dovuta unicamente in relazione agli interventi indicati nel predetto Nomenclatore ...</u>

Poiché la liquidazione del sinistro dipende dalla classificazione dell'intervento chirurgico così come è prevista nel nomenclatore degli interventi chirurgici allegato, si chiede conferma del fatto che nel caso in cui venga effettuato un intervento chirurgico non previsto nel nomenclatore questo debba essere considerato non coperto dal piano, facendo prevalere la frase evidenziata in grassetto e sottolineata rispetto a quanto scritto in premessa al presente articolo.

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

RISPOSTA: Si conferma che interventi chirurgici non compresi nel nomenclatore, non sono soggetti ad indennizzo, sia per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del capitolato che per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del capitolato in base a quanto riportato a pag 14 del capitolato di gara.

16)QUESITO: Pag. 3 del Capitolato, riguardo la definizione di "Invalidità permanente" l'aggettivo "definitiva" è riferito sia alla perdita che alla diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa?

RISPOSTA: E' riferito sia alla perdita che alla diminuzione della capacità lavorativa.

17)QUESITO: a pag. 10, art. 23 "Rischi esclusi" si legge:

"Garanzia malattia

Saranno esclusi gli eventi relativi:

....

e) Alle applicazioni di carattere estetico ed alle cure dentarie non rese necessarie da infortunio;

..... ”

Si chiede conferma che le prestazioni dentarie conseguenti ad infortunio ricomprese in garanzia siano quelle espressamente previste nell'allegato "nomenclatore degli interventi chirurgici" a pagina 31 alla sezione "chirurgia Oro-Maxillo-Facciale" (es. "frattura dei mascellari, terapia chirurgica di").

RISPOSTA: Si conferma l'esclusione di quanto indicato al punto e);

Si conferma che sono comprese le prestazioni dentarie conseguenti ad infortunio sia per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del capitolato che per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del capitolato in base a quanto riportato a pag 14 del capitolato di gara.

18)QUESITO: Pagg. 10 e 11, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" si legge:

"...

Prestazioni	Somme assicurate e massimali
Intervento chirurgico	Indennizzo determinato in misura fissa e forfettaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito come specificato nel "Nomenclatore degli interventi chirurgici"; il pagamento dell'indennizzo avviene secondo la classificazione degli interventi chirurgici riportata nella tabella "Classificazione intervento chirurgico". Il limite annuo per assicurato è pari ad € 741,00

....

Classi	Somme assicurate per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17
I	€ 114,00
II	€ 214,00
III	€ 428,00
IV	€ 570,00
V	€ 713,00

....”

Si chiede conferma della correttezza della seguente interpretazione:

un assicurato viene ricoverato per effettuare un intervento chirurgico di valvuloplastica cardiaca (classe III) della durata di 8 giorni e successivamente viene nuovamente ricoverato per effettuare un intervento chirurgico di Craniotomia a scopo de compressivo/esplorativo (Classe IV) della durata di 15 giorni.

L'importo che dovrà essere liquidato sarà pari a € 428,00 euro per il primo intervento (e non € 428,00 x 8 giorni) e € 313,00 (€ 741,00 pari al massimale annuo - € 428,00 già liquidate per

il primo intervento) per il secondo intervento per effetto dell'esaurimento del massimale annuo assicurato.

RISPOSTA: Si conferma l'interpretazione proposta. Tale interpretazione deve valere tanto per i soggetti assicurati di cui al punto A) che al punto B) dell'art. 17 del Capitolato Speciale.

19)QUESITO: Pag. 11, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" si legge:

Prestazioni	Somme assicurate e massimali
Ricovero senza intervento chirurgico	€ 71,25. Il limite annuo per assicurato è pari ad € 624,00

Si chiede conferma della correttezza della seguente interpretazione:

un assicurato effettua un ricovero senza intervento chirurgico della durata di 8 giorni e successivamente un ulteriore ricovero senza intervento chirurgico della durata di 15 giorni.

L'importo che dovrà essere liquidato sarà pari a € 71,25 euro per il primo ricovero (non € 71,25 x 8 giorni) e € 71,25 (non € 71,25 x 15 giorni) per il secondo ricovero.

Si chiede inoltre conferma del fatto che il limite di € 624,00 rappresenti il massimale annuo assicurato per l'insieme dei ricoveri senza intervento chirurgico effettuati dall'assicurato

RISPOSTA: Si dà conferma di quanto riportato

20)QUESITO: Pag. 11, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" si legge:

"...

Prestazioni	Somme assicurate e massimali
Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia	€ 28,50 per applicazione Il limite annuo per assicurato è pari ad € 285,00

...."

Si chiede conferma che con la locuzione "Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia" si intenda far riferimento alla degenza domiciliare prescritta dai medici curanti all'atto delle dimissioni dopo un ricovero o un day hospital per somministrazione di cicli di chemio o radioterapia.

Si chiede conferma del fatto che l'importo di € 28,50 per applicazione si debba intendere riferito ad ogni degenza domiciliare prescritta dai medici curanti indipendentemente dalla durata della stessa.

Si chiede conferma del fatto che il limite di € 285,00 rappresenti il massimale annuo assicurato per ricoveri o day hospital effettuati dall'assicurato per effettuare prestazioni chemio o radioterapiche.

Si chiede inoltre conferma del fatto che in caso di ricovero per effettuazione di chemio o radioterapia la garanzia colpita debba essere quella denominata "Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia" e non quella denominata "Ricovero senza intervento chirurgico".

Si chiede infine conferma che nel caso di esaurimento del massimale annuo di 285 euro, eventuali ricoveri successivi dovranno essere respinti e quindi non liquidati nell'ambito del massimale relativo alla garanzia "Ricovero senza intervento chirurgico".

RISPOSTA: Con la locuzione "Degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia" di cui all'art. 24 del Capitolato Speciale si intende far riferimento alla degenza domiciliare prescritta dai medici curanti a seguito di somministrazione di prodotti chemio o radio terapeutici in ambiente sanitario e sotto controllo di personale sanitario addetto.

Tale interpretazione deve intendersi valida sia per i soggetti di cui al punto A) che al punto B) dell'art. 17 del Capitolato Speciale.

L'importo di € 28,50 (per i soggetti di cui al punto A) dell'art. 17 del Capitolato Speciale) e di € 161,50 (per i soggetti di cui al punto B) dell'art. 17 del Capitolato Speciale) dovuti nel caso di degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia sono riferiti ad ogni degenza domiciliare prescritta dai medici curanti indipendentemente dalla durata della stessa.

Il limite di € 285,00 (per i soggetti di cui al punto A) dell'art. 17 del Capitolato Speciale) ed € 1.615,00 (per i soggetti di cui al punto B) dell'art. 17 del Capitolato Speciale) previsti nel caso di degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia rappresentano il massimale annuo assicurato per degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia.

Nel caso di ricovero per effettuazione di chemio o radioterapia la garanzia colpita è rappresentata dalla garanzia "Ricovero senza intervento chirurgico" per quanto attiene il ricovero e "degenza domiciliare a seguito di applicazione di chemioterapia o radioterapia" qualora sia altresì effettuata una degenza domiciliare, fino a concorrenza dei rispettivi massimali.

Esempio: un soggetto di cui al punto A) dell'art. 17 del Capitolato Speciale effettua un ricovero per applicazione di chemioterapia della durata di 1 giorno e successivamente una degenza domiciliare della durata di 3 gg. a seguito della predetta applicazione di chemioterapia, l'importo liquidato sarà pari a € 71,25 euro per il ricovero e € 28,50 per la degenza domiciliare.

21)QUESITO: *Pag. 11, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate" si legge:*

"...

Prestazioni	Somme assicurate e massimali
Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus	€ 285,00

Si chiede conferma che con la locuzione "Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus" si intenda far riferimento alla degenza domiciliare prescritta dai medici curanti all'atto delle dimissioni dopo un ricovero dovuto a infarto o ictus.

Si chiede conferma del fatto che il limite di € 285,00 rappresenti il massimale annuo assicurato per ricoveri effettuati dall'assicurato a seguito di ictus o infarto. E' corretto sostenere l'importo da riconoscere per ogni degenza domiciliare, come già avviene per le degenze a seguito di prestazioni chemio o radioterapiche, è pari a 28,50 euro?

RISPOSTA: Con la locuzione "Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus" di cui all'art. 24 del Capitolato Speciale si intende far riferimento alla degenza domiciliare prescritta dai medici curanti all'atto delle dimissioni dopo un ricovero dovuto a infarto o ictus.

L'importo di € 285,00 previsto nel caso di "Degenza domiciliare a seguito di ricovero dovuto a infarto o ictus" per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del Capitolato Speciale rappresenta l'importo dovuto per ogni evento; non è previsto il massimale annuo.

Tale interpretazione deve intendersi valevole anche per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del Capitolato Speciale.

22)QUESITO: *Pagg. 11 e 12, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate"*

Relativamente alla tabella relativa alle "Prestazioni in caso di infortunio" si chiede se gli importi riportati nella terza colonna sono da intendersi quali importi da riconoscere per ognuno degli eventi riportati nella seconda colonna "prestazioni". A titolo di esempio si chiede conferma se in caso di ricovero a seguito di infortunio di durata superiore a 10 giorni la compagnia dovrà riconoscere un importo forfettario di 600 euro.

RISPOSTA: Si dà conferma dell'interpretazione proposta tenendo conto che quanto indicato è riferito sia per i soggetti di cui al punto A dell'art. 17 del capitolato che per i soggetti di cui al punto B dell'art. 17 del capitolato in base a quanto riportato a pag 14 del capitolato di gara.

23)QUESITO: *Pag. 14, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate", si legge:*

"L'indennizzo per le prestazioni a seguito di ricovero o degenza domiciliare, sia per il caso di malattia che per infortunio, è corrisposta per ogni periodo qualora lo stesso superi 5 giorni. Se l'intervallo tra più periodi di ricovero o degenza domiciliare sarà inferiore o uguale a 5 giorni verrà indennizzata la prestazione senza tener conto della durata del ricovero o della degenza domiciliare. In caso di ricovero il giorno di entrata e il giorno di uscita verranno considerati come unico giorno."

Si chiede conferma della correttezza della seguente interpretazione:

un soggetto di cui al punto A dell'art. 17 viene ricoverato per un solo giorno per effettuare una biopsia epatica (classe I). Dopo tre giorni viene nuovamente ricoverato per due giorni per effettuare una resezione epatica minore (classe III). In questo caso, nonostante entrambi i ricoveri abbiano una durata inferiore a 5 giorni la compagnia procederà al riconoscimento dell'indennizzo di euro 428,00 previsto per l'intervento di classe III. Diversamente, se i due ricoveri fossero avvenuti a distanza di 7 giorni, entrambi non sarebbero stati liquidati in quanto la loro durata è inferiore alla franchigia di 5 giorni prevista dal piano sanitario.

RISPOSTA: Si conferma l'interpretazione proposta con la specifica che la disposizione opera solo per i soggetti di cui al punto B) dell'art. 17 del Capitolato Speciale.

24)QUESITO: *Pag. 14, art. 24 "Garanzie prestate e somme assicurate", si legge:*

"L'assicurazione sarà prestata inoltre nei casi di:

<i>Prestazioni</i>	<i>Somme assicurate massimali</i>
<i>Morte a seguito di Infortunio</i>	<i>€ 40.000,00</i>
<i>Invalità Permanente a seguito di Infortunio</i>	<i>€ 20.000,00</i>
<i>Grandi Interventi Chirurgici a seguito di infortunio o malattia</i>	<i>€ 40.000,00</i>
<i>Indennità parto</i>	<i>€ 300,00</i>

...."

Si chiede conferma che il massimale annuo previsto in caso di Grande intervento a seguito di malattia o infortunio in caso di estensione della copertura al proprio nucleo familiare sia da intendersi valido per il nucleo familiare.

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.

RISPOSTA: Alla prima domanda, la garanzia in caso di Grandi Interventi Chirurgici a seguito di infortunio o malattia, in caso di estensione al nucleo familiare, è prestata fino a concorrenza di € 40.000,00 per persona per anno assicurativo. Per quanto riguarda la seconda domanda l'indennità di 300 euro spetta in caso di parto (naturale o cesareo).

25)QUESITO: Pag. 14 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 venga ricoverato per più di 10 giorni e 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 di 600 euro prevista per i ricoveri di durata superiore ai 10 giorni.

RISPOSTA: Si conferma il diritto all'indennità.

26)QUESITO: Pag. 15 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.

RISPOSTA: Si conferma l'esclusione per gli assicurati di cui al punto A dell'art. 17.

27)QUESITO: Pag. 15 art. 27 "Invalidità permanente" si legge:

"Per gli assicurati di cui al punto A dell'art. 17 si applicano le seguenti franchigie ... nel caso di invalidità permanente superiore al 6%, l'indennizzo verrà corrisposto integralmente senza quindi tenere conto di detta limitazione (franchigia relativa) ...

Gli infortuni che procurino una invalidità permanente superiore a 66/100 verranno liquidati con la totalità del capitale come se l'invalidità avesse raggiunto 100/100"

A differenza di quanto accade per gli assicurati di cui al punto B dell'art. 17 non è riportata la tabella che indica per ogni percentuale di invalidità accertata la corrispondente percentuale di indennizzo da riconoscere. Se ad esempio ad un assicurato di cui al punto A dell'art. 17 dovesse essere riconosciuta un'invalidità del 7% quale percentuale del capitale assicurato gli dovrebbe essere riconosciuta?

RISPOSTA: Si conferma quanto riportato nel capitolato all'art. 27 secondo comma, per gli assicurati di cui al punto A dell'art. 17: per percentuali di invalidità permanente superiore al 6 % l'indennizzo verrà corrisposto integralmente e senza applicazione di franchigia. Per invalidità permanente superiore al 66 % verrà liquidato l'intero capitale come se l'invalidità fosse pari al 100%.

28)QUESITO: Con riferimento al predetto articolo riteniamo necessario prevedere l'inserimento di questo comma per consentire alla Società la possibilità di verificare l'effettivo stato di salute dell'Assicurato: "L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto che la Società possa inviare nel caso in cui sia ritenuto necessario un proprio medico"

RISPOSTA: Non si ritiene di modificare l'articolo in questione.

29)QUESITO: Con riferimento art. 27 "Invalidità permanente" si ritiene sia necessario per le caratteristiche della tipologia dei sinistro 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 spesso avviene 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.

RISPOSTA: Non si ritiene di modificare l'articolo in questione.

30)QUESITO: A pag. 18 art. 30 "Norme relative alla liquidazione dei sinistri" si legge:
"L'assicurato, per ottenere la liquidazione del sinistro, dovrà presentare denuncia redatta su apposito modello corredata dalla documentazione medica"

Poiché nell'ambito dell'art. "definizioni" la documentazione medica non è citata, proponiamo di inserire tale definizione

"Documentazione medica

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, certificato di Pronto Soccorso e gli accertamenti effettuati in quella sede per le prestazioni da infortunio, pareri e prescrizioni dei sanitari comprese quelle effettuate con lettera di dimissione, radiografie, esami strumentali e diagnostici e i relativi referti, eventuali esami isto-patologici e documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci)."

RISPOSTA: Non si ritiene di apportare modifiche alle "Definizioni"

31)QUESITO: Si richiede il numero dei soggetti assicurati a consuntivo per il periodo 01/11/2011 – 31/10/2012, suddiviso tra soggetti A e soggetti B.

RISPOSTA: Il numero dei soggetti assicurati per la regolazione premio 01/11/2011 – 31/10/2012 è il seguente:

- numero assicurati garanzia A pari a 212.437
- numero assicurati garanzia B pari a 175.281

Per quanto attiene l'andamento tecnico dei sinistri relativo alla polizza in vigore, si rimanda ai prospetti dei dati aggiornati forniti dal Broker e dalla compagnia INA ASSITALIA, pubblicati in data odierna