

---

*CHIARIMENTI DEL 28/06/2023*

---

OGGETTO: PROCEDURA DI GARA AI SENSI DELL'ART 60 DEL D.LGS. N. 50/2016 E S.M.I. COSÌ COME PREVISTO DALL'ART.2, COMMA 2, DEL D.L. 76/2020 E S.M.I. PER LA SELEZIONE DI UN OPERATORE ECONOMICO CUI AFFIDARE LE COPERTURE ASSICURATIVE VITA E RIMBORSO SPESE MEDICHE PER ANPAL SERVIZI S.P.A. DELLA DURATA DI 36 MESI.

Numero di gara: 9098923 - CUI 01530510542202200045

LOTTO 1 VITA (Dirigenti - Quadri e Impiegati) CIG: 98257766DC

LOTTO 2 RIMBORSO SPESE MEDICHE (Dirigenti - Quadri e Impiegati) CIG: 9825807073

Ente: ANPAL Servizi S.p.A.

## CHIARIMENTO N. 1

DOMANDA 1: Si chiede di indicare l'Assicuratore in corso dall'annualità 2017/2018 al periodo attuale.

RISPOSTA 1: Poste Assicura S.p.A.

\*\*\*\*\*

## CHIARIMENTO N. 2

DOMANDA 2: Si chiede di fornire le condizioni in corso o di evidenziare le differenze con le condizioni previste dal nuovo capitolato di gara.

RISPOSTA 2: Si fornisce, di seguito, l'allegato *Quadro Sinottico* con una sintesi delle garanzie previste dal Piano Sanitario per Quadri ed Impiegati e dal Piano Sanitario per Dirigenti. Si specifica che le condizioni in corso (riportate nell'allegato sopra citato) sono le medesime previste dal nuovo Capitolato di gara.

\*\*\*\*\*

## CHIARIMENTO N. 3

DOMANDA 3: Si chiede conferma che la Cassa di Assistenza/Fondo richiesto verrà scelta dalla Stazione Appaltante, come indicato nella Premessa dei capitolati tecnici. Diversamente, si chiede di indicare se la Cassa di Assistenza debba essere individuata dalla Compagnia offerente e se debba esserne indicato il riferimento in sede di offerta o in caso di eventuale aggiudicazione.

*La risposta al chiarimento 3 sarà pubblicata a seguire.*

\*\*\*\*\*

## CHIARIMENTO N. 4

DOMANDA 4: Premesso quanto richiesto al punto 3) che precede, in caso la Cassa sia scelta dalla Stazione Appaltante, si chiede conferma che tutti gli oneri riferiti alla Cassa di Assistenza (adesione alla Cassa e attività connesse alla gestione del contratto) siano a carico della Stazione Appaltante e non siano compresi nell'importo a base d'asta. In caso contrario, si chiede di esplicitare tali costi.

*La risposta al chiarimento 4 sarà pubblicata a seguire.*

\*\*\*\*\*

## CHIARIMENTO N. 5

DOMANDA 5: Si chiede conferma che la provvigione prevista per il Broker sia pari allo 0,01% dei premi imponibili e che rimarrà invariata per l'intera durata di vigenza contrattuale, a prescindere dal fatto che il Broker incaricato possa cambiare nel corso del periodo contrattuale. Diversamente, si chiede di indicare la commissione massima da riconoscere nell'eventualità di cambio intermediario.

RISPOSTA 5: Si conferma. Non è possibile stabilire ad oggi le condizioni di eventuali mutamenti che non è dato prevedere.

\*\*\*\*\*

## CHIARIMENTO N. 6

DOMANDA 6: Si chiede conferma che non sia previsto un importo a base d'asta pro capite per i Dirigenti e i Quadri/Impiegati, ma che il ribasso sia da esprimere in relazione all'importo annuo complessivo stimato pari ad € 917.000. In caso contrario, si chiede di indicare l'importo a base d'asta pro capite previsto.

RISPOSTA 6: Si conferma che il ribasso sia da esprimere in relazione all'importo annuo complessivo stimato pari ad € 917.000.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 7

DOMANDA 7: Si chiede di indicare il numero di assicurati, divisi tra titolari (dirigenti, quadri/impiegati) e familiari, per ciascuna delle annualità assicurative dal 2017/2018 al 2022/2023.

RISPOSTA 7: Si prega di prendere visione delle tabelle di seguito riportate;

Impiegati e Quadri	N.ro dipendenti	Numero familiari inclusi nel nucleo	Numero familiari aderenti su base volontaria
2017-2018	594	514	98
2018-2019	550	510	85
2019-2020	535	496	94
2020-2021	535	511	102
2021-2022	901	865	137
2022-2023	882	852	137

Dirigenti	N.ro Dirigenti	Numero familiari
2017-2018	28	43
2018-2019	26	42
2019-2020	25	41
2020-2021	25	39
2021-2022	25	42
2022-2023	23	38

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 8

DOMANDA 8: Si chiede di indicare i premi unitari attualmente in corso divisi per categoria (dirigenti e quadri/impiegati e rispettivi familiari).

RISPOSTA 8:

- Dirigenti: €1360
- Familiari dei dirigenti: €340
- Dipendenti: €600
- Familiari non a carico: €300

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 9

DOMANDA 9: Si chiede di indicare i premi complessivi per ciascuna annualità assicurativa dal 2017/2018 al 2022/2023.

RISPOSTA 9: Si prega di prendere visione della tabella di seguito riportata:

Annualità	Premi
2017-2018	437.660,00
2018-2019	405.140,00
2019-2020	397.140,00
2020-2021	398.860,00
2021-2022	629.980,00
2022-2023	614.500,00

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 10

DOMANDA 10: In riferimento al Capitolato Dirigenti:

- Si chiede conferma che nelle Definizioni, alla voce Assicurato, sia contenuto un refuso in quanto riportato che sono assicurati i dipendenti che NON hanno qualifica dirigenziale.
- Si chiede di indicare il massimale previsto per le prestazioni di cui all'art. J Alcool e K Malattie Mentali della Sezione III.

RISPOSTA 10:

- Si conferma che la sezione Definizioni del Capitolato RSM Dirigenti contiene un refuso mentre la categoria assicurati è correttamente esposta nella sezione II, Art. 2.1;
- Si specifica che valgono i massimali delle specifiche prestazioni connesse a tali patologie.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 11

DOMANDA 11: In relazione alla statistica sinistri fornita:

- si chiede conferma che le annualità riportate abbiano decorrenza 30/06 di ciascun anno;
- si chiede di precisare se la voce "Numero sinistri" contenga tutti i sinistri (liquidati, riservati e senza seguito) o solo i sinistri liquidati. Si chiede altresì se la colonna "Costo" contenga solo l'importo liquidato o anche l'importo riservato;
- per ciascuna annualità, si chiede di fornire il seguente livello di dettaglio: numero e importo di sinistri pagati, riservati e senza seguito, importo richiesto, liquidato e riservato, suddivisi per garanzia, categoria (titolari o familiari) e canale di accesso alla prestazione (Diretta, Indiretta, SSN). Si chiede altresì di fornire l'elenco analitico dei sinistri.

RISPOSTA 11:

- Si conferma;
- Si precisa che la voce *Numero sinistri* comprende i soli sinistri riservati e liquidati mentre la colonna *Costo* contiene sia l'importo riservato che quello liquidato;

- c. Si veda, di seguito, l'Allegato "Integrazione allegato statistiche sinistri Lotto 2 RSM" contenente il dettaglio di: numero e importo sinistri pagati, numero e importo sinistri riservati, numero sinistri senza seguito suddivisi per garanzia. Non siamo in possesso degli ulteriori dettagli richiesti.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 12

DOMANDA 12: Si chiede di fornire un modello di Offerta Tecnica con indicazione delle varianti migliorative e i punteggi assegnati per ciascuna variante, non essendo presenti tali informazioni sul Disciplinare di gara.

RISPOSTA 12: Il modello di Offerta Tecnica è disponibile sulla Piattaforma. Come indicato all'art. 18.2 del Disciplinare di gara: "Per il lotto n. 2 "Rimborso Spese Mediche", il Concorrente dovrà, a pena di esclusione, far pervenire ad ANPAL Servizi S.p.A. l'Offerta Tecnica, compilandola direttamente sulla Piattaforma di *e-procurement*".

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 13

DOMANDA 13: Si chiede di poter ricevere il DGUE in formato word per agevolare la compilazione del modulo.

RISPOSTA 13: La piattaforma che genera il DGUE lo elabora soltanto in due formati: xml e pdf. Il link di riferimento è il seguente: <https://espd.eop.bg/espd-web/filter?lang=it>

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 14

DOMANDA 14: Con riferimento al requisito di capacità economica e finanziaria di cui al paragrafo 10.2 del disciplinare di gara ("Possesso di un indice di solvibilità pari o superiore a 125") si chiede se vada riferito all'ultimo dato annuale, disponibile cioè al 31/12/2022.

RISPOSTA 14: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 15

DOMANDA 15: Si chiede conferma che la Cassa di Assistenza che assumerà la contraenza della polizza sarà quella messa a disposizione dall'aggiudicatario.

RISPOSTA 15: Fare riferimento alla risposta fornita al chiarimento n. 3

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 16

DOMANDA 16: Con riferimento al requisito di capacità tecnico professionale di cui al paragrafo 10.3 del disciplinare di gara ("Aver stipulato nel triennio antecedente la pubblicazione del bando di gara, almeno 3 contratti aventi ad oggetto l'appalto a favore di almeno n. 3 (tre) destinatari pubblici o privati, di cui almeno uno di importo pari o superiore a quello dell'importo a base d'asta.") si chiede conferma che per triennio si intenda il triennio 2020-2021-2022.

RISPOSTA 16: Si precisa che solo per la dimostrazione della capacità economico finanziaria il triennio da prendere in considerazione per verificare la sussistenza del requisito è quello solare decorrente dal 1° Gennaio e ricomprende i tre anni solari antecedenti al data del bando, in quanto la norma fa riferimento alla nozione di esercizio inteso come anno solare; mentre per la capacità tecnica e professionale il triennio di riferimento è quello effettivamente antecedente la data di pubblicazione del bando e, quindi, non coincide necessariamente con il triennio relativo al requisito di capacità economico finanziaria.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 17

DOMANDA 17: Sempre con riferimento al requisito di capacità tecnico professionale di cui al paragrafo 10.3 del disciplinare di gara (“Aver stipulato nel triennio antecedente la pubblicazione del bando di gara, almeno 3 contratti aventi ad oggetto l’appalto a favore di almeno n. 3 (tre) destinatari pubblici o privati, di cui almeno uno di importo pari o superiore a quello dell’importo a base d’asta.”) si chiede conferma che per “importo pari o superiore a quello dell’importo a base d’asta” si intenda l’importo annuo pari ad € 917.000 per il lotto 2.

RISPOSTA 17: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 18

DOMANDA 18: Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara, oltre al Passoe, non debba essere presentata altra documentazione da parte del subappaltatore.

RISPOSTA 18: Si prega di fare riferimento a quanto disposto dall’art. 105 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i. in tema di subappalto, nonché a quanto riportato nel disciplinare di gara agli artt. 12 “Subappalto” e 18.1 punto V.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 19

DOMANDA 19: Si chiede conferma che per soggetti cessati nell’anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara ai sensi dell’art. 80 del d.lgs. 50/2016 si intendano quelli cessati entro i 365 giorni antecedenti la pubblicazione del bando.

RISPOSTA 19: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 20

DOMANDA 20: Si chiede conferma che nel caso la stazione appaltante eserciti l’opzione di proroga del contratto gli importi dei massimali del capitolato di polizza debbano intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

RISPOSTA 20: Si conferma la riparametrazione.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 21

DOMANDA 21: Alla sezione V. Documento di Gara Unico Europeo del paragrafo 18.1 del Disciplinare è previsto: “all’interno del DGUE dovranno pertanto essere riportati, nell’apposita sezione, nominativi e dati di tutti i soggetti indicati al comma 3 dell’art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. sopra richiamato”. Siccome non ci risulta presente nel DGUE una sezione dedicata si chiede conferma che l’elenco dei nominativi dei soggetti di cui al comma 3 dell’art. 80 del D. Lgs. 50/2016 possa essere inserito in calce al DGUE.

RISPOSTA 21: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 22

DOMANDA 22: Scheda Offerta Economica. Si chiede di chiarire:

- a. se per la polizza Dirigenti il numero di 38 familiari rappresenta il totale dei familiari che potrà potenzialmente aderire oppure rappresenta una stima realizzata dalla Stazione sul numero di aderenti alla polizza a partire dal 01/01/2024;
- b. se per la polizza Quadri/impiegati il numero di 139 di familiari non a carico rappresenta il totale dei familiari che potrà potenzialmente aderire oppure rappresenta una stima realizzata dalla Stazione Appaltante sul numero di aderenti alla polizza a partire dal 01/01/2024;
- c. se le categorie che possono aderire su base facoltativa (familiari dei dirigenti e familiari non a carico dei Quadri/impiegati) sono state conteggiate nel calcolo dell'importo annuo 917.000,00 posto a base d'asta e sul quale bisogna applicare l'eventuale ribasso.

RISPOSTA 22:

- a. si tratta di una rappresentazione potenziale;
- b. si tratta di una rappresentazione potenziale;
- c. si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 23

DOMANDA 23: A pag. 5 del Disciplinare di gara è riportato che l'importo di € 917.000 rappresenta l'importo a base d'asta su cui effettuare il ribasso. In riferimento a tale importo si chiede se possibile ricevere l'indicazione degli importi, da moltiplicare al numero di teste riportato nella scheda di offerta economica, impiegati dalla Stazione Appaltante per il calcolo di tale valore di 917.000 in modo da ricostruire il calcolo della base d'asta per categoria.

RISPOSTA 23: La base d'asta è stata calcolata con i parametri contenuti nella documentazione di gara, nello specifico per la polizza quadri ed impiegati è stato preso a riferimento il numero quadri e impiegati, i nuclei familiari fiscalmente a carico ed il numero dei familiari non fiscalmente a carico potenziali. Per la polizza dirigenti invece numero dirigenti e numero dei familiari potenziali. Si rimanda alla risposta data per il chiarimento n. 22

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 24

DOMANDA 24: Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso o in alternativa l'indicazione delle differenze rilevanti tra il capitolato in corso e quello posto a base della procedura oggetto di gara.

RISPOSTA 24: Si rimanda alla risposta data per il chiarimento n. 2

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 25

DOMANDA 25: Si chiede di ricevere indicazione dei premi pro capite/ nucleo previsti dall'attuale copertura con dettaglio per categoria (quadri/impiegati/dirigenti) e con il dettaglio dei premi per i familiari aderenti su base volontaria.

RISPOSTA 25: Di seguito si riportano i premi pro capite in corso per categoria:

- Dirigenti: €1360
- Familiari dei dirigenti: €340
- Dipendenti: €600
- Familiari non a carico: €300

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 26

DOMANDA 26: Si chiede di ricevere indicazione del volume annuo dei premi, possibilmente dal 2017-2018 ad oggi, per categoria e con il dettaglio anche per i familiari che aderiscono su base volontaria.

RISPOSTA 26: Si prega di prendere visione delle tabelle di seguito riportate:

Impiegati e Quadri	Premi Impiegati quadri	Premio familiari aderenti su base volontaria
2017-2018	355.680,00	29.280,00
2018-2019	330.000,00	25.500,00
2019-2020	321.000,00	28.200,00
2020-2021	321.000,00	30.600,00
2021-2022	540.600,00	41.100,00
2022-2023	529.200,00	41.400,00

Dirigenti	Premi	Premio familiari
2017-2018	38.080,00	14.620,00
2018-2019	35.360,00	14.280,00
2019-2020	34.000,00	13.940,00
2020-2021	34.000,00	13.260,00
2021-2022	34.000,00	14.280,00
2022-2023	31.280,00	12.920,00

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 27

DOMANDA 27: Si chiede di ricevere indicazione del numero di assicurati, possibilmente dal 2017-2018 ad oggi, per categoria e con il dettaglio anche per i familiari che aderiscono su base volontaria.

RISPOSTA 27: Si prega di prendere visione delle tabelle di seguito riportate:

Impiegati e Quadri	N.ro dipendenti	Numero familiari inclusi nel nucleo	Numero familiari aderenti su base volontaria
2017-2018	594	514	98
2018-2019	550	510	85
2019-2020	535	496	94
2020-2021	535	511	102
2021-2022	901	865	137
2022-2023	882	852	137

Dirigenti	N.ro Dirigenti	Numero familiari
2017-2018	28	43
2018-2019	26	42
2019-2020	25	41
2020-2021	25	39
2021-2022	25	42
2022-2023	23	38

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 28

DOMANDA 28: Allegato statistiche sinistri\_polizza RSM. Si chiede:

- a. se nella colonna *Costo* siano inclusi anche i sinistri riservati ossia aperti, autorizzati e non ancora liquidati. In caso negativo, si chiede di aggiungere l'indicazione di questi sinistri nella statistica;
- b. se nel file si intendano inclusi anche i sinistri relativi ai familiari aderenti su base facoltativa. In caso negativo, si chiede di aggiungere l'indicazione di questi sinistri nella statistica; in caso positivo, si chiede di darne separata indicazione;
- c. si chiede se sia possibile ricevere il dettaglio della statistica sinistri separata per regime di erogazione (mediante struttura convenzionata, regime rimborsuale e ticket);

RISPOSTA 28:

- a. Si conferma che la Colonna *Costo* fa riferimento ai sinistri liquidati e riservati. Si rimanda all'allegato in questione per la suddivisione tra importi riservati e liquidati;
- b. Si conferma che nell'allegato si intendono inclusi anche i sinistri relativi ai familiari. Non ci è possibile reperire il dato per darne separata indicazione;
- c. Non ci è possibile fornire il dettaglio richiesto.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 29

DOMANDA 29: Pag. 8 Capitolato\_Lotto2 RSM\_Dirigenti. Si chiede di precisare l'interpretazione delle seguenti modalità di rimborso riportate:

- a. qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza in relazione alle quali il FASI o la CASAGIT abbiano già provveduto a un rimborso parziale, la Società liquiderà, a integrazione, solo la parte eccedente delle stesse. Si chiede conferma che la parte eccedente verrà liquidata in base alle condizioni riportate nel Capitolato dei Dirigenti; se fosse confermata tale interpretazione, non essendo previsti scoperti e franchigie all'interno del capitolato dirigenti, la parte eccedente sarà liquidata interamente dalla Compagnia aggiudicataria;
- b. qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza sostenute da un familiare assicurabile in base all'Art. 3, ma non assistito dal FASI o dalla CASAGIT, la Società liquiderà le stesse previa deduzione di uno scoperto pari al 25% delle spese effettivamente sostenute. In tal caso va inteso pertanto che per il solo familiare e per le sole prestazioni indicate nel capitolato dirigenti, la liquidazione prevederà sempre l'applicazione dello scoperto 25%.

RISPOSTA 29:

- a. Si conferma
- b. Si conferma

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 30

DOMANDA 30: Pag 18 Capitolato dirigenti. È riportato che “Per ogni singolo evento, qualora il rimborso non sia contemplato dal FASI o CASAGIT, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell’importo liquidabile con il minimo di € 50. Negli altri casi si applica quanto disposto all’Art. 5 - Modalità di rimborso Sezione II. I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati sempre nell’ambito del massimale.” Si chiede di chiarire come questa previsione interagisca con l’art 5 modalità di rimborso nel quale è riportato che “Qualora si chieda il rimborso di spese non contemplate dal FASI o dalla CASAGIT ma rimborsabili in termini di polizza la Società liquiderà le stesse per intero.” Non è chiaro il meccanismo di rimborso che si applica nel caso in cui l’assicurato chieda il rimborso per spese/prestazioni non contemplate da Fasi o Casagit. Si chiede di precisare tale meccanismo.

RISPOSTA 30: Si specifica che lo scoperto del 20% dell’importo liquidabile con il minimo di €50 fa riferimento alle sole *Spese extraospedaliere* di cui alla lettera I della Sezione III. In tutti gli altri casi varrà quanto previsto all’Art. 5 della Sezione II del Capitolato.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 31

DOMANDA 31: Non essendo previsto un allegato con lo schema di offerta tecnica si chiede di riceverne un fac-simile in cui sia anche riportato il punteggio massimo attribuibile ad ogni elemento dell’offerta e il meccanismo di attribuzione dei punteggi.

RISPOSTA 31: Fare riferimento alla risposta fornita al chiarimento n. 12

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 32

DOMANDA 32: Si chiede conferma che la copertura ha effetto dalle ore 00 del giorno 01.01.2024 e scade alle ore 24 del 31.12.2026.

RISPOSTA 32: Si comunica che la copertura ha effetto dalle ore 00 del giorno 01.01.2024 alle ore 00 del giorno 01.01.2027.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 33

DOMANDA 33: Si chiede conferma che è considerato ricovero la degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

RISPOSTA 33: Si specifica che ai termini del Capitolato viene considerato ricovero *la degenza, documentata da cartella clinica o certificazione equivalente, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura, non necessariamente integrata dalla Scheda di Dimissione (SDO)*, così come specificato nelle definizioni del Capitolato.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 34

DOMANDA 34: Si chiede conferma che la lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la Cartella clinica completa.

RISPOSTA 34: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 35

DOMANDA 35: Si chiede conferma che per centro medico debba intendersi una struttura, anche non adibita al Ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti fisioterapici e riabilitativi);
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri,
- non finalizzata a trattamenti estetici.

RISPOSTA 35: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 36

DOMANDA 36: Si chiede conferma che non sia Day Hospital la permanenza:

- al pronto soccorso
- in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

RISPOSTA 36: Si conferma, salvo quanto previsto dalla variante 7 della scheda di offerta tecnica.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 37

DOMANDA 37: Si chiede conferma che per difetto fisico debba intendersi un'alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

RISPOSTA 37: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 38

DOMANDA 38: Si chiede conferma che in caso di Infortunio deve essere presentato, fra gli altri documenti, il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

RISPOSTA 38: Si conferma parzialmente. In caso di mancanza del referto di PS, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da struttura pubblica o privata alternativa.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 39

DOMANDA 39: Si chiede conferma che non sono considerati Istituti di cura:

- le colonie
- gli istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

RISPOSTA 39: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 40

DOMANDA 40: Si chiede conferma che i trattamenti fisioterapici e rieducativi debbano essere effettuati solo in Centri medici, da:

- medico specialista;
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge);
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

RISPOSTA 40: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 41

DOMANDA 41: Si chiede conferma che le prestazioni relative a Visite specialistiche post ricovero possano essere effettuate anche in telemedicina.

RISPOSTA 41: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 42

DOMANDA 42: Sezione II art. 5 del Capitolato. Si chiede conferma che, con riferimento ai dirigenti, la copertura operi:

- a. a 2° rischio in forma integrativa dei fondi FASI e CASAGIT. In questo caso l'assicurato deve allegare alla richiesta di integrazione anche il prospetto di liquidazione dell'indennizzo ottenuto in esecuzione della copertura a primo rischio (unitamente alla 2. documentazione quietanzata del pagamento delle spese);
- b. a 1° rischio in forma completa: o con riferimento al dirigente, in caso di spese non previste dal FASI o dalla CASAGIT ma rimborsabili ai sensi della presente copertura assicurativa (senza applicazione di scoperti o franchigie) o con riferimento al nucleo assicurato non assistito dal FASI/CASAGIT (previa applicazione di uno scoperto del 25%).

RISPOSTA 42:

- a. Si conferma.
- b. Si conferma. Si specifica, tuttavia che relativamente alla garanzia spese extraospedaliere (di cui al punto I art. 1 della Sezione III) si prevede quanto riportato: *Per ogni singolo evento, qualora il rimborso non sia contemplato dal FASI o CASAGIT, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00; negli altri casi si applica quanto disposto all'Art. 5 - Modalità di rimborso Sezione II. I ticket relativi a tali eventi verranno rimborsati sempre nell'ambito del massimale.*

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 43

DOMANDA 43: Sezione III, ART.1 LETTERA A del Capitolato. Con riferimento al seguente passaggio "Le spese sostenute per prestazioni avvenute dopo la scadenza del contratto relative a quanto previsto dall'Art. 1 – Prestazioni ai punti A, B, e G sono rimborsabili soltanto se il ricovero o il day-hospital o il decesso avvenuto all'estero a cui esse si riferiscono sia avvenuto entro la scadenza del contratto" si chiede conferma che il riferimento alla lettera "A" sia limitato ai punti 3, 7, e 8.

RISPOSTA 43: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 44

DOMANDA 44: Con riferimento:

- a. al termine di 100 giorni quali spese pre-ricovero, nel caso in cui queste siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti attiva, si chiede di chiarire se tali spese possano essere considerate non indennizzabili oppure debbano essere riconosciute all'assicurato in quanto funzionalmente legate ad un ricovero avvenuto in vigenza di copertura;
- b. al termine di 100 giorni quale spesa pre-ricovero, si chiede conferma che tali prestazioni rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato;
- c. ai medicinali riconosciuti a seguito di intervento si chiede conferma che siano indennizzabili solo quelle prescritte in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati);

- d. alle spese della presente area si chiede conferma che siano coperte le spese sostenute dall'Assicurato secondo quanto disciplinato dai punti sopra citati solamente qualora tali prestazioni siano necessariamente eseguibili in regime di ricovero per loro stessa natura o in virtù della condizione di salute dell'Assicurato, come desumibile dalla cartella clinica (contenente anche la S.D.O.). Qualora non sussistano tali condizioni, Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce le spese del Ricovero improprio nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili ai sensi del Contratto;
- e. alle spese per il trasporto dell'assicurato, si chiede conferma che la scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa;
- f. alle spese per il trasporto dell'assicurato e all'accompagnatore dell'assicurato, si chiede conferma che tali prestazioni siano indennizzabili solamente in caso di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza.

RISPOSTA 44:

- a. Si specifica che in caso di spese pre-ricovero effettuate in un momento in cui la vigenza di contratto non fosse attiva ma relative ad un ricovero prenotato/effettuato in vigenza di contratto ed indennizzabile dalla copertura, le spese di cui sopra dovranno essere riconosciute all'assicurato in quanto legate in modo funzionale al ricovero avvenuto in vigenza di copertura;
- b. Si conferma;
- c. Si conferma;
- d. Le spese pre e post ricovero rientreranno nella garanzia *Ricovero* se collegate all'evento ricovero prescritto dal medico che ha in cura l'Assistito;
- e. Si conferma tuttavia prevarrà il suggerimento del medico specialista che ha in cura l'assistito rispetto ad eventuali contestazioni da parte della Compagnia;
- f. Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 45

DOMANDA 45: Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva sia erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato; pertanto, essa verrà corrisposta solo nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia avvenuto dopo le dimissioni, una volta iniziato il percorso di recupero della salute. In caso contrario, ossia di decesso avvenuto durante il Ricovero, il diritto all'Indennità sostitutiva non può considerarsi maturato in capo all'Assicurato e pertanto l'Indennità sostitutiva non può essere richiesta dai suoi eredi.

RISPOSTA 45: si specifica che per indennità sostitutiva si intende *l'importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero ordinario o di Day Hospital per prestazioni effettuate in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati)* così come specificato nelle definizioni del Capitolato. Pertanto, non si conferma quanto riportato nella domanda di cui sopra.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 46

DOMANDA 46: Sezione III, ART.1 LETTERA E del Capitolato. Con riferimento alle cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi si chiede conferma che:

- a. in caso di presenza contemporanea:
  - dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (di cui alla lettera A);
  - dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nel presente articolo)

i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 100 giorni successivi al ricovero) come conseguenza di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, mentre i secondi solo se prescritti a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l'assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero).

Con riferimento ai primi si chiede inoltre conferma che decorso il termine di 100 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando le garanzie di cui alla presente lettera.

- b. tali trattamenti possano essere effettuati solo presso Centri medici e che siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento.
- c. l'assicurato deve produrre la seguente documentazione ai fini del riconoscimento dell'indennizzo:
  - I. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata;
  - II. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;
  - III. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico.

RISPOSTA 46:

- a. Si conferma
- b. Si conferma
- c. Si conferma

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 47

DOMANDA 47: si chiede conferma che per le Cure Termali sarà erogata un'indennità giornaliera di 120 euro per un periodo massimo di 20 giorni per anno e per assicurato, a fronte di presentazione di documentazione di spesa almeno pari al predetto importo.

RISPOSTA 47: Non si conferma, l'indennità non è correlata alla spesa effettuata.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 48

DOMANDA 48: Con riferimento all'acquisto di lenti si chiede conferma che in caso di forma completa a 1° rischio:

- sia previsto solo il regime rimborsuale
- siano escluse le lenti use e getta
- siano escluse le montature
- la modifica del visus deve essere successiva all'ingresso in copertura dell'assicurato
- la modifica del visus debba essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto
- l'acquisto degli occhiali/lenti debba avvenire in vigenza contrattuale.

RISPOSTA 48:

- Si conferma

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 49

DOMANDA 49: Con riferimento agli apparecchi acustici si chiede conferma che siano indennizzabili a seguito dei seguenti eventi (e previa presentazione della documentazione sotto riportata):

- modifica dell'udito: esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
- rottura apparecchio: foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio;
- smarrimento/furto: copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio.

RISPOSTA 49: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 50

DOMANDA 50: Sezione III, ART.1 LETTERA H del Capitolato. Si chiede conferma che, analogamente a quanto previsto dalla lettera F, "per i nati nel corso di validità del contratto l'assicurazione è operante gratuitamente per identici massimali e garanzie previsti per la madre, a decorrere dal momento della loro nascita e fino alle ore 24.00 del 30° giorno successivo. Decorso tale periodo il neonato rimarrà compreso in garanzia solamente dietro pagamento del relativo contributo".

RISPOSTA 50: Non si conferma. Si specifica che le prestazioni di cui alla lettera H dell'Art. 1 Sezione III fanno riferimento al *nascituro* e dunque non ai nati in corso di validità del contratto.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 51

DOMANDA 51: Sezione III, ART.1 LETTERE J e K del Capitolato. Si chiede di esplicitare il massimale delle garanzie richiamate.

RISPOSTA 51: Si rimanda alla risposta al chiarimento n. 10

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 52

DOMANDA 52: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. I – Definizioni. Nel merito della definizione di "franchigia", si chiede se sia corretto ritenere la franchigia assoluta, oppure se sia da considerarsi relativa. Tale richiesta vale anche con riferimento al Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. I – Definizioni.

RISPOSTA 52: Si specifica che la franchigia sia da ritenersi assoluta.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 53

DOMANDA 53: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. II – art. 2 (Soggetti assicurati). Si chiede se sia corretto interpretare che i figli dei Titolari, anche non conviventi, debbano essere in possesso del domicilio in Italia. La Scrivente Compagnia fa infatti presente di non essere autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa in stati diversi dall’Italia e di poter pertanto assicurare esclusivamente persone fisiche che abbiano il loro domicilio in Italia e siano dotate di codice fiscale italiano. Tale richiesta vale anche con riferimento al Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. II – art. 2 (Soggetti assicurati).

RISPOSTA 53: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 54

DOMANDA 54: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. II – art. 7, (Obblighi della Società), Lett. a). Si legge: “dovrà essere attiva una Centrale Operativa che dovrà fornire un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture convenzionate con la Società”.

Si chiede se il suddetto requisito possa ritenersi soddisfatto con la messa a disposizione all’Assicurato di un servizio, fruibile da web e da app, tramite il quale lo stesso visualizzi tutti i centri convenzionati disponibili, filtrabili anche a seconda delle prestazioni sanitarie erogate dagli stessi, e chiedi alla Centrale operativa, sempre via web, l’autorizzazione allo svolgimento della prestazione di cui abbia bisogno. Una volta ottenuta l’autorizzazione, però, sarebbe l’Assicurato stesso a dover contattare la struttura selezionata, normalmente per telefono, e prenotare l’appuntamento, senza che fosse la Società a svolgere tale attività.

Tale richiesta vale anche con riferimento al Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. II – art. 7 (Obblighi della Società, lett. A).

RISPOSTA 54: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 55

DOMANDA 55: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. II – art. 7, (Obblighi della Società), Lett. d). Si fa presente che l’ultimo periodo “In questo ultimo caso i termini – 30 giorni solari (o eventuale migioria come da offerta tecnica)” sembra essere incompleto. Si deduce che la frase faccia riferimento a quanto appena detto nel merito delle richieste documentazione integrativa per la gestione del sinistro: si chiede dunque di chiarire cosa si volesse esprimere con la precisazione, al fine di poter meglio definire le tempistiche di gestione dei sinistri.

Tale chiarimento si estende anche a quanto previsto dal Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. II – art. 7 (Obblighi della Società), lett. D).

RISPOSTA 55: Si completa il periodo di cui sopra: *In questo ultimo caso i termini - 30 giorni solari (o eventuale migioria come da offerta tecnica) - ripartiranno dalla data di inserimento della documentazione integrativa da parte dell’Assicurato/a.*

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 56

DOMANDA 56: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. II – art. 7.1 (Controversie). Si chiede se sia corretto ritenere che, in caso di “divergenza sull’indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi” che renda necessaria la presenza del Collegio medico, la divergenza in oggetto sia da intendere tra la Compagnia e l’Assicurato, e che quindi le “Parti” nominate nell’articolo si riferiscano a questi ultimi. Tale richiesta vale anche con riferimento al Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. II – art. 7.1 (Controversie).

RISPOSTA 56: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 57

DOMANDA 57: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. II – art. 8 (Rinuncia al diritto di rivalsa). La scrivente evidenzia come tale clausola rischi di non essere conforme con le recenti pronunce in tema di compensatio lucri cum damno. Nell’Ordinanza n. 14358 pubblicata il 27 maggio 2019 la Corte di Cassazione ha precisato i seguenti punti (si riporta il testo dei passaggi rilevanti):

- "l'assicurazione contro gli infortuni non mortali costituisce un'assicurazione contro i danni ed è soggetta al principio indennitario, in virtù del quale l'indennizzo non può mai eccedere il danno effettivamente patito", sicché "il risarcimento dovuto alla vittima di lesioni personali deve essere diminuito dell'importo percepito a titolo di indennizzo da parte del proprio assicuratore privato contro gli infortuni" (Cass. Sez. 3, sent. 11 giugno 2014, n. 13233, Rv. 631753-01; in senso analogo Cass. Sez. 3, sent. 13 aprile 2015, n. 7349, Rv. 635148 -01);
- la prima delle sentenze appena citate ha affrontato anche il tema della rinuncia alla surroga da parte dell'assicuratore, affermando che nemmeno essa "può consentire all'assicurato di cumulare il risarcimento ottenuto dal terzo con l'indennizzo dovuto dall'assicuratore", e ciò "per le seguenti ragioni", ovvero: "perché il diritto di surroga dell'assicuratore non è un elemento essenziale del contratto di assicurazione, e può dunque mancare senza che il contratto di assicurazione perda la sua funzione indennitaria; perché la rinuncia al diritto di surroga giova solo al responsabile civile, non al danneggiato, il quale anche in questo caso non può cumulare risarcimento del terzo ed indennità dell'assicuratore; perché il principio indennitario in materia assicurativa è principio di ordine pubblico e quindi inderogabile" (così, in motivazione, Cass. Sez. 3, sent. n. 13223 del 2014, cit.). Si tratta, peraltro, di un indirizzo che ha, di recente, ricevuto pieno avallo dalle Sezioni Unite di questa Corte, avendo esse ribadito, con l'arresto di cui sopra si diceva, che nella assicurazione contro i danni "l'indennità è erogata in funzione di risarcimento del pregiudizio subito dall'assicurato in conseguenza del verificarsi dell'evento dannoso ed essa soddisfa, neutralizzandola in tutto o in parte, la medesima perdita al cui integrale ristoro mira la disciplina della responsabilità risarcitoria del terzo autore del fatto illecito" (Cass. Sez. Un., 22 maggio 2018, n. 12565, Rv. 648648-01), ravvisandosi, così, nella percezione dell'indennità assicurativa un'ipotesi di cd. "compensatio lucri cum damno";
- Neppure, infine, si può invocare - secondo quanto reputano, invece, i ricorrenti - il principio della "integralità del risarcimento del danno", essendo noto che "secondo la giurisprudenza costituzionale (Corte cost. n. 132/1985, Corte cost. n. 369/1996, Corte cost. n. 148/1999) il principio dell'integrale risarcibilità di tutti i danni non ha copertura costituzionale" (così, in motivazione, Cass., Sez. Un., sent. 22 luglio 2015, n. 15350)".

Sulla base di tutto quanto esposto – ed in particolare il fatto che la rinuncia alla surroga gioverebbe esclusivamente ad un soggetto esterno al contratto (il danneggiante) – si chiede se l’art. 8 possa considerarsi come non apposto e quindi da eliminare dalle Condizioni di Assicurazione, in modo che sia la Compagnia di volta in volta a valutare se

avvalersi o meno della surroga nei termini di cui all'art. 1916 C.c. In caso contrario, ossia qualora si volesse mantenere l'art. 8, si chiede cortesemente di fornirne le motivazioni in relazione a quanto sopra rappresentato. Tale chiarimento si estende anche con riferimento al Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. II – art. 8 (Rinuncia al diritto di rivalsa).

*La risposta al chiarimento 57 sarà pubblicata a seguire.*

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 58

DOMANDA 58: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. III – Art. 1, lett. A). Con riferimento alle prestazioni eseguite nei 100 giorni solari antecedenti all'intervento, si chiede:

- a. se sia corretto il riferimento al solo "Intervento", e non anche al più generico regime di Ricovero;
- b. nel caso in cui tali prestazioni si riferiscano al ricovero, se sia corretto considerarle indennizzabili solamente quando, al momento della loro esecuzione, sia già nota l'esigenza di disporre il ricovero – con data già fissata – e pertanto tali prestazioni risultino collegate al successivo evento (ricovero) già al momento della loro prescrizione da parte del professionista sanitario. Sarebbero pertanto escluse dal novero delle prestazioni "pre-ricovero", ai sensi della presente garanzia, quelle prestazioni al cui esito emergesse la necessità di disporre un ricovero o eseguire un intervento: tali prestazioni verrebbero eventualmente indennizzate nell'ambito della garanzia delle "extraospedaliere", qualora previste.

RISPOSTA 58:

- a. È corretto fare riferimento anche al più generico regime di Ricovero
- b. Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 59

DOMANDA 59: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. III – Art. 1, lett. A). Con riferimento alle prestazioni post ricovero, si chiede se sia corretto il riferimento al solo "Intervento", e non anche al più generico regime di Ricovero.

RISPOSTA 59: Si conferma che è corretto il riferimento al solo intervento.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 60

DOMANDA 60: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. III – Prestazioni. Art. 1, lett. G (Assegno Exitus). Con riferimento alle spese sostenute per il rimpatrio della salma, si chiede di precisare a quale massimale faccia riferimento la presente garanzia ai fini del calcolo del 20% delle spese in copertura, se a quello generico pari a 200.000€ previsto per i Ricoveri (identificando, così, un massimale di € 40.000 per le spese di rimpatrio salma), oppure al massimale previsto per le spese dell'accompagnatore (pari a € 3.100,00).

RISPOSTA 60: Si fa riferimento al massimale generico previsto per il ricovero.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 61

DOMANDA 61: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. IV – Limitazioni. Art. 2, lett. H). Si legge che sono escluse dall'assicurazione "le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)". Con riferimento alla garanzia ivi indicata, si chiede se sia corretto ritenerla indennizzabile con ai limiti e condizioni previste dalla Sez. III – Prestazioni, Art. 1, lett. A).

RISPOSTA 61: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 62

DOMANDA 62: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. IV – Limitazioni. Art. 2, lett. J). Si legge che sono escluse dall'assicurazione "le patologie psichiatriche". Si chiede se sia corretto considerare l'esclusione come non apposta, dato l'inserimento dell'esclusione di cui alla lett. N), che fa salve le prestazioni di cui alla Sez. III – Prestazioni. Art. 1, lett. K).

RISPOSTA 62: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 63

DOMANDA 63: Capitolato RSM Dirigenti, Sez. IV – Limitazioni. Art. 2, lett. O). Si legge: "Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcool dipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive". Salva la previsione di cui all'Art. 1 Sezione III – Prestazioni al punto J e K, si segnala come, secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e sulla scia della Lettera IVASS al mercato del 23.07.2012 (sui portatori di handicap mentali e soggetti che fanno uso di farmaci psicotropi) e della legge del 3 marzo 2009 n. 18 (sulle persone con disabilità), l'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione) abbia più volte richiesto alle imprese di assicurazione (rif. da ultimo l'incontro associativo del 10 giugno 2019) di evitare l'inserimento, all'interno dei contratti assicurativi, di clausole come quella sopra riportata, e di prevedere non tanto la non assicurabilità tout court di determinate categorie di persone (es. soggetti affetti da HIV), quanto la non operatività della copertura con riferimento a determinate patologie, che rappresenterebbero pertanto delle esclusioni, fornendo i seguenti esempi: "[...] gli stati patologici correlati all'infezione da HIV; le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze; gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni". Tali soggetti, pertanto, entrerebbero in copertura e vi resterebbero anche qualora fossero affetti dalle patologie sopra indicate. Verrebbe invece esclusa nei loro confronti l'operatività della polizza con riferimento ai soli infortuni e malattie correlati ai suddetti stati patologici. Si chiede se l'articolo riportato possa essere interpretato in tal senso e pertanto, in caso di aggiudicazione del bando, riformulato nelle Condizioni di Assicurazione secondo quanto appena rappresentato.

RISPOSTA 63: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 64

DOMANDA 64: Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. III – Prestazioni. Art. 1, lett. J) (Assegno Exitus). Con riferimento alle spese sostenute per il rimpatrio della salma, si chiede di precisare a quale massimale faccia riferimento la presente garanzia ai fini del calcolo del 20% delle spese in copertura, se a quello generico pari a 200.000€ previsto per i Ricoveri (identificando, così, un massimale di € 40.000 per le spese di rimpatrio salma), oppure al massimale previsto per le spese di “Trasporto sanitario” (pari a € 1.000,00).

RISPOSTA 64: Si fa riferimento alla risposta al chiarimento n. 60

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 65

DOMANDA 65: Capitolato RSM Quadri e Impiegati, Sez. IV – Limitazioni. Art. 2, lett. M). Si legge “Non sono assicurabili le persone affette da tossicodipendenza o alcool dipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di tali infermità senza che nulla sia dovuto dalla Società”. Si segnala come, secondo quanto previsto dall’art. 9, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e sulla scia della Lettera IVASS al mercato del 23.07.2012 (sui portatori di handicap mentali e soggetti che fanno uso di farmaci psicotropi) e della legge del 3 marzo 2009 n. 18 (sulle persone con disabilità), l’ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione) abbia più volte richiesto alle imprese di assicurazione (rif. da ultimo l’incontro associativo del 10 giugno 2019) di evitare l’inserimento, all’interno dei contratti assicurativi, di clausole come quella sopra riportata, e di prevedere non tanto la non assicurabilità tout court di determinate categorie di persone (es. soggetti affetti da HIV), quanto la non operatività della copertura con riferimento a determinate patologie, che rappresenterebbero pertanto delle esclusioni, fornendo i seguenti esempi: “[...] gli stati patologici correlati all’infezione da HIV; le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze; gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all’uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni”. Tali soggetti, pertanto, entrerebbero in copertura e vi resterebbero anche qualora fossero affetti dalle patologie sopra indicate. Verrebbe invece esclusa nei loro confronti l’operatività della polizza con riferimento ai soli infortuni e malattie correlati ai suddetti stati patologici. Si chiede se l’articolo riportato possa essere interpretato in tal senso e pertanto, in caso di aggiudicazione del bando, riformulato nelle Condizioni di Assicurazione secondo quanto appena rappresentato.

RISPOSTA 65: Si fa riferimento alla risposta al chiarimento n. 63

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 66

DOMANDA 66: In tema di regolazione dei premi, si chiede conferma che la Compagnia aggiudicataria potrà utilizzare le proprie modalità standard per il calcolo e l'invio della relativa documentazione.

RISPOSTA 66: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 67

DOMANDA 67: In tema di anagrafiche si chiede conferma che la trasmissione dei dati avverrà tramite canali e formati standard.

RISPOSTA 67: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 68

DOMANDA 68: Si chiede di precisare se le condizioni attualmente in vigore differiscano o siano uguali rispetto a quelle riportate nei capitolati di Gara, nel caso in cui differiscano si chiede di precisare le differenze;

RISPOSTA 68: Si rimanda alla risposta relativa al chiarimento n. 2

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 69

DOMANDA 69: Si chiede di poter aggiornare la reportistica fornita con l'indicazione della modalità di rimborso (forma diretta e forma rimborso) sempre suddivisa per garanzie colpite e per Personale Assistito (Dipendenti, Dirigenti, Familiari ad adesione);

RISPOSTA 69: Non è possibile fornire il dettaglio richiesto.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 70

DOMANDA 70: Si chiede evidenza dei premi attualmente in vigore per Dipendenti, Dirigenti e i rispettivi premi per l'inclusione in copertura dei familiari fiscalmente non a carico;

RISPOSTA 70: Si rimanda alla risposta relativa al quesito n. 25

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 71

DOMANDA 71: Si chiede evidenza delle teste attualmente assicurate e anche nelle annualità precedenti distinte tra Dipendenti, Dirigenti, Familiari ad adesione;

RISPOSTA 71: Si prega di prendere visione delle tabelle di seguito riportate:

Impiegati e Quadri	N.ro dipendenti	Numero familiari aderenti su base volontaria
2017-2018	594	98
2018-2019	550	85
2019-2020	535	94
2020-2021	535	102
2021-2022	901	137
2022-2023	882	137

Dirigenti	N.ro Dirigenti	Numero familiari
2017-2018	28	43
2018-2019	26	42
2019-2020	25	41
2020-2021	25	39
2021-2022	25	42
2022-2023	23	38

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 72

DOMANDA 72: - Si chiede di precisare se trattasi di Lotto Unico o se il Lotto 1 e Lotto 2 sono da considerarsi quali lotti separati e se, in quest' ultimo caso, è possibile fornire quotazione per uno solo dei due;

RISPOSTA 72: Si precisa quanto segue:

- a. come riportato nel disciplinare di gara nelle premesse: "L'appalto in oggetto è articolato in 2 lotti, in ragione della tipologia del ramo di copertura assicurativa come dettagliato di seguito:
  - LOTTO 1 VITA: criterio del prezzo più basso ai sensi dell'art. 95 comma 4 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.;
  - LOTTO 2 RIMBORSO SPESE MEDICHE: criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, ai sensi dell'art. 95 comma 2 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.";
- b. come riportato nella determina n. 4596 del 07/06/2023, allegata alla documentazione di gara, punto 14: "il singolo Operatore Economico ha facoltà di partecipare ad uno o più lotti".

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 73

DOMANDA 73: Si chiede conferma che nel caso in cui la proposta economica formulata dalle strutture per i Check Up proposti fosse superiore ai 500 (massimale di polizza), l'eventuale differenza resti a carico degli assistiti.

RISPOSTA 73: Non si conferma. La proposta deve rientrare nei 500€ come massimale di polizza.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 74

DOMANDA 74: Si richiede la distribuzione geografica e il relativo numero degli aventi diritto per l'attivazione della rete Check Up.

RISPOSTA 74: Non è possibile fornire il dato.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 75

DOMANDA 75: Si chiede conferma che per la polizza dei dirigenti non sia previsto il Check Up.

RISPOSTA 75: Non si conferma, si rimanda a quanto previsto dalla lettera L Sezione III del Capitolato.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 76

DOMANDA 76: Nei capitolati si fa riferimento a migliorie come da offerta tecnica non meglio specificata/identificata nei documenti, si richiede di poter esplicitare quali siano le modifiche richieste e con quali punteggi.

RISPOSTA 76: Fare riferimento alla risposta fornita al chiarimento n. 12

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 77

DOMANDA 77: Si chiede conferma che la base d'asta annua totale di 175.000 (dato dalla somma di entrambe le coperture assicurative per dirigenti e quadri+impiegati) è riferita alla prima annualità considerando che all'art. 11 - CONTRIBUTI DI ASSICURAZIONE, viene riportato che il contributo di assicurazione per ogni Assicurato sarà determinato all'inizio di ciascun anno di assicurazione in base ai tassi di contributo, con riferimento al sesso e all'età raggiunta dall'Assicurato/a e all'importo del capitale assicurato.

*La risposta al chiarimento 77 sarà pubblicata a seguire.*

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 78

DOMANDA 78: Si chiede come vada intesa la previsione per l'accertamento dell'invalidità totale e permanente da parte dell'INAIL, di cui all'art. 15 - CONDIZIONI DI RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE ACCERTAMENTO in riferimento all'atto del riconoscimento da parte dell'INAIL, di invalidità di origine professionale, tale da ridurre in misura superiore ai due terzi la capacità lavorativa specifica, in quanto tale ente non fornisce documenti sulla misura della riduzione alla capacità lavorativa.

RISPOSTA 78: Si tratta di un refuso, si intende il riconoscimento da parte dell'INPS.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 79

DOMANDA 79: In presenza di riconoscimento dell'invalidità da parte dell'INAIL ritenete accettabile che la Società possa procedere, per qualsiasi capitale assicurato, con l'accertamento autonomo?

RISPOSTA 79: Non si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 80

DOMANDA 80: A pag. 13 del Disciplinare, art. 18.3 "La Busta Telematica ECONOMICA" si legge: "L'Operatore Economica dovrà formulare la propria offerta effettuando il ribasso sull'importo annuale (...), pari a: (...) Lotto 2 € 917.000,00". Si chiede come sia stato calcolato tale premio, ovvero quale sia:

- a. il contributo annuo lordo pro capite a base di gara per i 23 dirigenti;
- b. il contributo annuo lordo pro capite a base di gara per i 38 familiari dei dirigenti;
- c. il contributo annuo lordo pro nucleo a base di gara per gli 888 quadri e impiegati con relativo nucleo fiscalmente a carico;
- d. il contributo annuo lordo pro capite a base di gara per i 139 familiari non a carico dei quadri e impiegati.

RISPOSTA 80:

- a. € 39.100
- b. € 16.150
- c. € 799.200
- d. € 62.550

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 81

DOMANDA 81: Per una migliore valutazione del rischio, relativamente al Lotto 2 Rimborso Spese Mediche, si richiedono i seguenti dati:

- a. Premio pro capite/pro nucleo, per ciascuna categoria, dei piani 2022/2023, 2021/2022, 2020/2021;
- b. Garanzie dei piani 2022/2023, 2021/2022, 2020/2021;
- c. Premi totali, per ciascuna categoria, dei piani 2022/2023, 2021/2022, 2020/2021;
- d. Numero di assicurati (comprensivo di percentuale maschi/femmine, di età media e di provincia di residenza), per ciascuna categoria, dei piani 2022/2023, 2021/2022, 2020/2021; nello specifico si richiede di indicare la distinzione tra quadri e impiegati, e il relativo numero di familiari fiscalmente a carico.
- e. Aggiornamento sinistri alla data del 31/05/2023, con distinzione tra sinistri effettuati in assistenza diretta, in assistenza indiretta e in SSN, e con distinzione della categoria di assicurati (titolare, familiare a carico, familiare non a carico).

Nel caso non fosse disponibile l'aggiornamento al 31/05/2023, si chiede la distinzione sopra descritta per i dati aggiornati al 28/02/2023 già pubblicati.

RISPOSTA 81:

- a. Si rimanda alla risposta data per il chiarimento 25;
- b. Si rimanda alla risposta data per il chiarimento 2;
- c. Si rimanda alla risposta data per il chiarimento 26;
- d. Si rimanda alle risposte ai chiarimenti n. 25, 26 e 27. Si precisa inoltre che la categoria quadri-impiegati è unica, non è necessaria pertanto una distinzione;
- e. Non ci è possibile fornire il dettaglio.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 82

DOMANDA 82: A pag. 2 di entrambi i Capitolati Rimborso Spese Mediche si legge "Contraente: Cassa di Assistenza ...". Si chiede conferma che la Cassa di Assistenza andrà indicata dall'Aggiudicataria dopo l'aggiudicazione.

RISPOSTA 82: Si conferma. Si specifica che nel caso in cui l'Aggiudicataria non disponesse di una Cassa di Assistenza, potrà fare ricorso a quella del Broker.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 83

DOMANDA 83: Relativamente al Lotto 2 Rimborso Spese Mediche, si chiede conferma che i premi a base d'asta su cui effettuare il ribasso, indicati a pag. 5 del Disciplinare (Tabella 2, colonna (D)), non siano comprensivi della quota di adesione alla Cassa di Assistenza.

*La risposta al chiarimento 83 sarà pubblicata a seguire.*

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 84

DOMANDA 84: Relativamente ai soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario Rimborso Spese Mediche (art. 2 – SOGGETTI ASSICURATI, punto 2.2, sia del Capitolato QUADRI E IMPIEGATI sia del Capitolato DIRIGENTI), si chiede conferma che possano essere richiesti dei minimi di adesione, da indicarsi post aggiudicazione.

RISPOSTA 84: Non si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 85

DOMANDA 85: Relativamente all'offerta tecnica del Lotto 2 Rimborso Spese Mediche, si chiede di specificare come vengano attribuiti i 70 punti massimi di punteggio tecnico nei vari criteri della busta telematica. A titolo di esempio:

- a. Qual è il punteggio massimo attribuito al criterio "Numero complessivo, alla data del bando, dei convenzionamenti diretti con case di cura in Italia" e come viene assegnato il punteggio ai vari concorrenti in base al numero intero indicato?
- b. Qual è il punteggio massimo attribuito al criterio "Richiesta documentazione integrativa (Sez. II, art. 7 lettera d) Dirigenti/Impiegati" e come viene assegnato il punteggio in base alla scelta del valore "nessuna variante" oppure "entro 20 giorni solari dalla apertura del sinistro" oppure "entro 15 giorni dall'apertura del sinistro"?

Viene richiesto quanto sopra per ognuno degli otto criteri tecnici.

RISPOSTA 85: Fare riferimento alla risposta fornita al chiarimento n. 12

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 86

DOMANDA 86: Relativamente alle "Franchigie e scoperti" indicati a pag. 16 (punti A.1 "ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che comporti intervento chirurgico", A.2 "ricovero in Istituto di cura o ambulatorio che non comporti intervento chirurgico", B "Day Hospital", C "Parto non cesareo") del Capitolato Rimborso Spese Mediche QUADRI E IMPIEGATI, si chiede conferma che per "evento" si intenda ogni singolo ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale/Day Hospital.

RISPOSTA 86: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 87

DOMANDA 87: Relativamente alle "Franchigie e scoperti" indicati a pag. 18 (punto E "Spese extra ospedaliere") del Capitolato Rimborso Spese Mediche QUADRI E IMPIEGATI, si chiede conferma che i minimi a carico dell'Assicurato siano da intendersi per ciascun accertamento o ciclo di terapia.

RISPOSTA 87: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 88

DOMANDA 88: Relativamente allo "scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00" indicato a pag. 18 (punto F "Cure domiciliari e ambulatoriali") del Capitolato Rimborso Spese Mediche QUADRI E IMPIEGATI, si chiede conferma che il minimo di € 50,00 sia da intendersi per ciascuna visita o accertamento. Si chiede inoltre che tali limiti siano validi sia nelle strutture convenzionate che fuori delle strutture convenzionate.

RISPOSTA 88: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 89

DOMANDA 89: In calce al Modulo di dichiarazione si legge "Il presente modulo dovrà essere corredato dagli allegati richiesti ai seguenti punti: B 9 (solo sé del caso), D 11 ed E 13". Si chiede conferma che il documento di cui al punto B 9 non sia da allegare in quanto l'autorizzazione al servizio dell'attività assicurativa è consultabile dal sito pubblico dell'Ivass.

RISPOSTA 89: Si precisa che rispetto al punto B9, occorre allegare copia della documentazione solo nel seguente caso:

- iscrizione equipollente per le società che risiedono in altri Stati, in riferimento alla quale si forniscono gli estremi \_\_\_\_\_ *(allegare copia della documentazione)*;

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 90

DOMANDA 90: Relativamente alla garanzia L “Accertamenti diagnostici a scopo preventivo”, descritta a pag. 19 del Capitolato Rimborso Spese Mediche QUADRI E IMPIEGATI, essendo previsto che “Ciascuno degli esami potrà essere effettuato, per ciascuna persona assicurata, una sola volta ogni due anni assicurativi”, si chiede conferma che il massimale di € 500 a persona sia da intendersi per biennio.

RISPOSTA 90: Non si conferma. Il massimale è da intendersi per ogni anno assicurativo.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 91

DOMANDA 91: Relativamente alle “Franchigie e scoperti” indicati a pag. 18 (punto I “Spese extra ospedaliere”) del Capitolato Rimborso Spese Mediche DIRIGENTI, si chiede conferma che il minimo di € 50,00 sia da intendersi per ciascun accertamento o ciclo di terapia.

RISPOSTA 91: Si conferma.

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 92

DOMANDA 92: Relativamente al Capitolato Rimborso Spese Mediche DIRIGENTI, poiché l’assicurazione viene prestata ad integrazione del FASI o della CASAGIT, si chiede di indicare quanti dirigenti aderiscano all’uno e all’altro piano.

RISPOSTA 92: I Dirigenti che aderiscono al FASI sono 23

\*\*\*\*\*

#### CHIARIMENTO N. 93

DOMANDA 93: Per evitare contenziosi, si chiede conferma di poter integrare, sia nel Capitolato QUADRI E IMPIEGATI sia nel Capitolato DIRIGENTI, l’articolo “ESCLUSIONI DALL’ASSICURAZIONE” con le seguenti voci:

- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- i ricoveri causati dalla necessità dell’Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell’Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- tutte le terapie mediche.

*La risposta al chiarimento 93 sarà pubblicata a seguire.*

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 94

DOMANDA 94: Il Capitolato Rimborso Spese Mediche DIRIGENTI fa riferimento in più articoli al regime diretto di erogazione delle prestazioni. Trattandosi però di un prodotto integrativo a FASI e CASAGIT, e non essendo normati in nessun articolo i limiti di tale modalità di erogazione, si chiede conferma che le garanzie per il titolare e il nucleo familiare siano da prestarsi solo in forma rimborsuale, con le modalità indicate all'art. 5 "MODALITÀ DI RIMBORSO".

RISPOSTA 94: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 95

DOMANDA 95: Per evitare contenziosi, si chiede conferma di poter integrare nel Capitolato DIRIGENTI, all'articolo 1 "PRESTAZIONI" lett. D della SEZIONE III, la necessità della presentazione della copia dello scontrino fiscale riportante il codice fiscale dell'Assicurato per la richiesta di rimborso dei medicinali.

RISPOSTA 95: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 96

DOMANDA 96: Relativamente al Capitolato Rimborso Spese Mediche DIRIGENTI, all'articolo 1 "PRESTAZIONI" lett. E della SEZIONE III, si chiede conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

RISPOSTA 96: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 97

DOMANDA 97: Relativamente al Capitolato Rimborso Spese Mediche DIRIGENTI, all'articolo 1 "PRESTAZIONI" lett. J e K della SEZIONE III, si legge: "Le prestazioni relative alle garanzie di cui alle lettere J. Alcool e K. Malattie mentali, valgono per una durata massima di 180 giorni solari a far data dalla prima prestazione sanitaria, per ciascun assicurato e per l'intera validità della polizza". Si chiede conferma che si considerino escluse le recidive e le ricadute.

RISPOSTA 97: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 98

DOMANDA 98: Si chiede di confermare che la Cassa di Assistenza debba essere individuata dalla Compagnia offerente e se debba esserne indicato il riferimento in sede di offerta o in caso di eventuale aggiudicazione.

RISPOSTA 98: Fare riferimento alla risposta fornita al chiarimento n. 3

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 99

DOMANDA 99: Si chiede conferma che la provvigione prevista per il Broker sia pari allo 0,01% dei premi imponibili e che rimarrà invariata per l'intera durata di vigenza contrattuale, a prescindere dal fatto che il Broker incaricato possa cambiare nel corso del periodo contrattuale. Diversamente, si chiede di indicare la commissione massima da riconoscere nell'eventualità di cambio intermediario.

RISPOSTA 99: Fare riferimento alla risposta fornita al chiarimento n. 5

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 100

DOMANDA 100: Con riferimento agli artt. 2 Oggetto dell'Assicurazione Clausole operanti, comma 2, secondo punto e 15 Condizioni di riconoscimento dell' invalidità totale e permanente - Accertamento, comma 2 della Sezione III dei Capitolati di gara Lotto 1 Vita Dirigenti e Lotto 1 Vita Quadri e Impiegati, si chiede cortesemente conferma che il riferimento alla sopravvenuta infermità mentale sia da considerarsi mero refuso, atteso che l'INAIL non sembra farne riferimento nei processi di accertamento di invalidità. Diversamente, si chiede di fornire una definizione puntuale di cosa si intende per infermità mentale.

RISPOSTA 100: Non si conferma il refuso. Per infermità mentale si intende una situazione di alterazione o disturbo che abbia come conseguenza una invalidità permanente di grado superiore al 66%. Si rimanda alla definizione di invalidità permanente presente all'interno del Capitolato di gara.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 101

DOMANDA 101: Si chiede cortesemente di indicare a quali annualità di copertura fa riferimento la statistica sinistri fornita (file Allegato statistiche sinistri Polizza Vita) e di voler pubblicare altresì la statistica sinistri relativa al periodo dal 31.12.2016 all' annualità già messa a disposizione oltre quella del pro-rata 2023.

RISPOSTA 101: Non è possibile fornire il dettaglio richiesto.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 102

DOMANDA 102: Si chiede conferma che nel conteggio del “Numero complessivo, alla data di convenzionamento, dei convenzionamenti diretti con centri diagnostici” siano escluse le strutture convenzionate già ricomprese nel computo del “numero complessivo, alla data di convenzionamento, dei convenzionamenti diretti con case di cura in Italia”.

RISPOSTA 102: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 103

DOMANDA 103: Si chiede conferma che nel conteggio del “Numero complessivo, alla data di convenzionamento, dei convenzionamenti diretti con centri diagnostici” siano esclusi i centri fisioterapici presso i quali è possibile fruire di visite specialistiche fisioterapiche e/o ortopediche, oltre che terapie fisiche, ma presso i quali sono esclusi dalla convenzione accertamenti diagnostici quali ecografie/risonanze, etc.

RISPOSTA 103: Si conferma.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 104

DOMANDA 104: Si chiede conferma che nel numero complessivo dei convenzionamenti diretti dei centri diagnostici da indicare nell'offerta tecnica si possano considerare, oltre ai centri diagnostici, anche i poliambulatori, i laboratori di analisi, i centri medici e gli studi fisioterapici. In caso contrario si chiede di precisare meglio quali tipologie di strutture si possano considerare nel conteggio.

RISPOSTA 104: Si conferma che possono considerarsi oltre ai centri diagnostici anche i poliambulatori, i laboratori di analisi e i centri medici ma non gli studi fisioterapici.

\*\*\*\*\*

CHIARIMENTO N. 105

DOMANDA 105: Poiché il servizio di centrale operativa in caso di aggiudicazione sarà subappaltato dal concorrente, si chiede conferma che il concorrente nell'offerta tecnica possa rispondere alla domanda "Numero di operatori della Centrale Operativa che operino esclusivamente nella gestione di polizze sanitarie ogni 1000 (mille) assicurati" facendo riferimento al numero di operatori di cui dispone il subappaltatore.

RISPOSTA 105: Si conferma. Si precisa, inoltre, che in tema di subappalto occorre fare riferimento a quanto disposto dall'art. 105 del D.Lgs 50/2016 e s.m.i., nonché a quanto riportato nel disciplinare di gara agli artt. 12 "Subappalto" e 18.1 punto V.

Allegati:

1. Quadro Sinottico (Quadri e Impiegati, Dirigenti, Alta Specializzazione)
2. Integrazione allegato statistiche sinistri Lotto 2 RSM (Quadri e Impiegati, Dirigenti)

## 1. QUADRO SINOTTICO

### Quadri ed Impiegati

Garanzia	Massimale	Scoperto / Franchigia
<b>RICOVERO</b>		
<b>Ricovero in Istituto di cura o ambulatorio CON INTERVENTO CHIRURGICO</b> - Pre e post ricovero: 100 / 100 gg - Intervento chirurgico - Assistenza medica, medicinali e cure - Rette di degenza: max €500 al gg - Trasporto dell'Assicurato in Italia o all'estero nel limite di €1.000 per nucleo / anno. Limite elevato a €1.500 in caso di trasporto all'estero - Acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari entro il limite di € 1.000,00 per nucleo / anno <b>In caso di Parto Cesareo o aborto: max €6.000 per accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero.</b>	€200.000 per nucleo / anno	<b>Assistenza diretta:</b> franchigia fissa di €300 <b>Regime rimborsuale:</b> scoperto 10% con min €300 e max €5.000
<b>Ricovero in Istituto di cura o ambulatorio SENZA INTERVENTO CHIRURGICO</b> - Pre e post ricovero: 100 / 100 gg - Assistenza medica, medicinali e cure - Rette di degenza: max €500 al gg - Trasporto dell'Assicurato in Italia o all'estero nel limite di €1.000 per nucleo / anno. Limite elevato a €1.500 in caso di trasporto all'estero		
<b>Day Hospital (escluso quello avvenuto con scopo diagnostico)</b>	Compreso nel massimale del Ricovero	
<b>Parto Naturale</b> - per gli accertamenti diagnostici, assistenza medica, cure e medicinali riguardanti il periodo di ricovero.	€3.500 per nucleo / anno	
<b>Indennità sostitutiva:</b> 1) Ricovero in istituto di cura con o senza intervento chirurgico 2) Day Hospital	€100 al gg per max 180 gg €50 al gg per max 180 gg	
<b>FUORI RICOVERO</b>		
<b>Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica, nonché per trattamenti e terapie per dialisi/emodialisi</b>	€5.000 per persona / nucleo / anno	<b>Assistenza diretta:</b> scoperto 10% con min €20 <b>Regime rimborsuale:</b> scoperto del 10% con min €30 <b>Ticket:</b> 100%
<b>Alta Specializzazione</b>	€3.000 per nucleo / anno	
<b>Cure domiciliari e ambulatoriali</b>	€1.500 per nucleo / anno	<b>Scoperto</b> 20% con min. €50 <b>Ticket:</b> 100%
<b>Cure al neonato</b>		
<b>Dentarie da infortunio</b>	€6.000 per nucleo / anno	<b>Assistenza diretta:</b> scoperto 15% con il min. di €100 per fattura <b>Regime rimborsuale:</b> scoperto 20% con min €200 per fattura <b>Ticket:</b> 100%
<b>Assegno exitus</b>	La Società rimborsa gli aventi causa delle spese sostenute per il rimpatrio della salma entro il limite del 20% del massimale previsto per il ricovero	
<b>Prevenzione</b> (ogni due anni) solo convenzionamento diretto	€ 500 per persona	

## Dirigenti

Garanzia	Massimale	Scoperto / Franchigia
<b>RICOVERO</b>		
<b>Ricovero in Istituto di cura, ambulatorio o day hospital che comporti o meno intervento chirurgico e in caso di parto cesareo e aborto terapeutico:</b> - Pre e post ricovero: 100 / 100 gg - Intervento chirurgico - Assistenza medica, medicinali e cure - Rette di degenza - Telefono, radio, filodiffusione e televisore: € 20 al gg per max 10 gg per anno/nucleo - Accompagnatore: €130 al gg per max 100gg - Trasporto sanitario: per il trasporto dell'Assicurato 20% del massimale per il trasporto dell'accompagnatore: €3.100 per anno/nucleo	€200.000 per nucleo /anno	Ticket: 100%
<b>Parto Naturale</b>	€5.000 per anno/nucleo	Ticket: 100%
<b>Indennità sostitutiva</b>	€130 al gg per un max di 100 gg per anno/persona €500 per evento/nucleo in caso di Parto Naturale	Ticket: 100%
<b>FUORI RICOVERO</b>		
<b>Cure domiciliari o ambulatoriali che non diano luogo a intervento chirurgico</b> o comunque a ricovero in istituto di cura o ambulatorio in day hospital e più precisamente: - onorari medici - medicinali prescritti dal medico curante, esclusi gli amari medicinali, i lassativi e i digestivi; - accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati.	€2.500 per nucleo / anno	Ticket: 100%
<b>Cure domiciliari o ambulatoriali che non diano luogo a intervento chirurgico</b> o comunque a ricovero in istituto di cura o ambulatorio in day hospital e più precisamente: -prestazioni infermieristiche -cure e trattamenti fisioterapici rieducativi -cure termali sulla base di una indennità giornaliera omnicomprensiva pari al 3% del massimale per max 20 gg -cure odontoiatriche e ortodontiche, acquisto e ribassamento di protesi odontoiatriche -acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse montature e lenti a contatto), protesi sostitutive oculari; -acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche; -acquisto di amplificatori acustici; -noleggio di apparecchiature per emodialisi; -acquisto e noleggio di carrozzelle ortopediche.	€4.000 per nucleo / anno	
<b>Cure al neonato</b>	La Società rimborsa gli aventi causa delle spese sostenute per il rimpatrio della salma entro il limite del 20% del massimale previsto per il ricovero	
<b>Assegno exitus</b>		
<b>Prestazioni diagnostiche e terapeutiche sul nascituro</b>		
<b>Cure al neonato - sino al 30° gg</b>		
<b>Prestazioni diagnostiche e terapeutiche sul nascituro:</b> Prestazioni effettuate per sospette o manifestate malattie o lesioni sostenute in regime di ricovero o al di fuori del medesimo.	Stessi massimali e garanzie previsti per la madre.	
<b>Alta Specializzazione</b>	€5.000 per anno/nucleo	Per ogni singolo evento, qualora il rimborso non sia contemplato dal FASI o CASAGIT, verrà applicato uno scoperto pari al 20% dell'importo liquidabile, con il minimo di € 50,00;
<b>Alcool</b>	per max 180 gg dalla prima prestazione sanitaria	
<b>Malattie Mentali</b>		
<b>Prevenzione, intendendosi:</b> a) acquisto e somministrazione di sieri o vaccini a scopo profilattico b) visite mediche pediatriche anche in assenza di alterazioni morbose (max 2 prest.)	€500 anno / nucleo	Ticket: 100%

Qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza in relazione alle quali il FASI o la CASAGIT abbiano già provveduto a un rimborso parziale, la Società liquiderà, a integrazione, solo la parte eccedente delle stesse; Qualora si chieda il rimborso di spese non contemplate dal FASI o dalla CASAGIT ma rimborsabili a termini di polizza, la Società liquiderà le stesse per intero; Qualora si chieda il rimborso di spese rimborsabili a termini di polizza sostenute da un familiare assicurabile, ma non assistito dal FASI o dalla CASAGIT, la Società liquiderà le stesse previa deduzione di uno scoperto pari al 25% delle spese effettivamente sostenute.

## Alta Specializzazione

CONDIZIONI IN CORSO	CONDIZIONI IN GARA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniocentesi, Villocentesi e Test Panorama rimborsabili nei seguenti casi: - età della gestante oltre i 35 anni, oppure - familiarità dell'Assicurata con malformazioni genetiche, oppure - anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniocentesi, Villocentesi e Test Panorama rimborsabili nei seguenti casi: - età della gestante oltre i 35 anni, oppure - familiarità dell'Assicurata con malformazioni genetiche, oppure - anomalie cromosomiche rilevate con test diagnostici o con test di screening (ecografici, biochimici ed ultrascreen)</li> </ul>
• Coronarografia;	• Angiografia
• Diagnostica radiologica con o senza mezzo di contrasto (esclusa quella odontoiatrica);	• Arteriografia
• Doppler;	• Artrografia
• Ecocolor Doppler;	• Broncografia
• Ecografia (con esclusione di quelle effettuate in Gravidanza)	• Broncoscopia
• Ecografia con sonda transviscerale;	• Cateterismo cardiaco
• Elettrocardiogramma sotto sforzo;	• Chemioterapia
• Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;	• Cistermografia
• Elettroencefalografia;	• Cistografia
• Elettromiografia;	• Clisma opaco;
• Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia;	• Cobaltoterapia
• Esami istologici;	• Colangiografia
• Laserterapia (escluso il trattamento chirurgico della miopia);	• Colangiografia percutanea (PTC);
• MOC;	• Colecistografia;
• Risonanza Magnetica nucleare;	• Coronografia
• Medicina Nucleare;	• Diagnostica radiologica con o senza mezzo di contrasto (esclusa quella odontoiatrica);
• Scintigrafia;	• Doppler;
• TAC;	• Ecocardiografia
• Telecuore;	• Ecocolor Doppler;
• Uroflussometria.	• Ecodoppler
	• Ecografia (con esclusione di quelle effettuate in Gravidanza se non in presenza di sospetto patologico)
	• Ecografia con sonda transviscerale;
	• Ecografia mammaria
	• Ecotomografia
	• Elettrocardiogramma sotto sforzo;
	• Elettroencefalografia;
	• Elettromiografia;
	• Elettroscopia
	• Emodialisi
	• Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia;
	• Esami istologici;
	• Esofagogastroduodenoscopia (EGDS);
	• Holter cardiaco
	• Holter pressorio
	• Isterosalpingografia
	• Laserterapia (escluso il trattamento chirurgico della miopia);
	• Linfografia
	• Mammografia
	• Mielografia
	• MOC;
	• Pneumoencefalografia
	• Risonanza Magnetica nucleare;
	• Medicina Nucleare;
	• Scintigrafia;
	• Splenoportografia
	• TAC
	• Terapia radiante
	• Tomografia a Emissione di Positroni (PET)
	• Tomografia torace, Tomografia in genere
	• Tomografia logge renali, Tomoxerografia
	• Telecuore
	• Urografia
	• Vesiculodeferentografia

## 2. INTEGRAZIONE ALLEGATO STATISTICHE SINISTRI LOTTO 2 RSM

### CATEGORIA QUADRI-IMPIEGATI

Data aggiornamento: febbraio 2023

Garanzie	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022	
	Sinistri Chiusi	Liquidato								
Cure dentarie da infortunio	1	3.120 €	3	4.539 €	1	1.088 €	1	2.400 €	3	6.000 €
Cure domiciliari e ambulatoriali	1263	93.087 €	1184	87.672 €	950	70.006 €	1219	95.079 €	1601	114.664 €
Visite per malattie oncologiche e dialisi	15	5.299 €	8	276 €	14	1.364 €	4	952 €	27	2.528 €
Medicina preventiva B (check up solo in convenzionamento diretto)	103	7.857 €	214	19.573 €	192	18.044 €	150	14.705 €	234	26.393 €
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb.	99	204.474 €	119	323.143 €	63	218.561 €	84	245.739 €	151	251.220 €
Alta specializzazione	490	62.983 €	563	63.302 €	456	58.822 €	574	77.040 €	745	100.423 €
<b>Totale complessivo</b>	<b>1971</b>	<b>376.820 €</b>	<b>2091</b>	<b>498.506 €</b>	<b>1676</b>	<b>367.885 €</b>	<b>2032</b>	<b>435.915 €</b>	<b>2761</b>	<b>501.227 €</b>

Garanzie	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022	
	Sinistri Aperti	Riservato	Sinistri Aperti	Riservato	Sinistri Aperti	Riservato	Sinistri Aperti	Riservato	Sinistri Aperti	Riservato
Cure dentarie da infortunio							1	960 €	1	50 €
Cure domiciliari e ambulatoriali	2	69 €			6	514 €	45	2.625 €	38	2.593 €
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb.					4	30.015 €	6	21.870 €	32	19.836 €
Alta specializzazione							14	615 €	19	1.524 €
<b>Totale complessivo</b>	<b>2</b>	<b>69 €</b>			<b>10</b>	<b>30.529 €</b>	<b>66</b>	<b>26.069 €</b>	<b>90</b>	<b>24.003 €</b>

Garanzie	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
	Senza Seguito				
Cure dentarie da infortunio	11	10	7	7	13
Cure domiciliari e ambulatoriali	206	122	60	90	51
Medicina preventiva B (check up solo in convenzionamento diretto)	9	5	3		1
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb.	26	18	23	28	115
Alta specializzazione	64	58	23	18	11
<b>Totale complessivo</b>	<b>316</b>	<b>213</b>	<b>116</b>	<b>143</b>	<b>191</b>

### CATEGORIA DIRIGENTI

Data aggiornamento: febbraio 2023

Garanzie	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022	
	Sinistri Chiusi	Liquidato								
Cure domiciliari e ambulatoriali (Altro)	56	17.141 €	61	25.765 €	52	13.258 €	53	28.543 €	52	16.425 €
Visite e accertamenti	124	8.300 €	129	8.657 €	113	6.801 €	93	5.771 €	95	9.704 €
Medicina preventiva A	1	410 €	4	650 €	2	268 €			3	199 €
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb.	16	10.015 €	7	23.615 €	9	14.045 €	7	7.122 €	10	4.670 €
Alta specializzazione	30	2.753 €	33	2.150 €	30	4.593 €	41	5.530 €	17	1.034 €
<b>Totale complessivo</b>	<b>227</b>	<b>38.619 €</b>	<b>234</b>	<b>60.838 €</b>	<b>206</b>	<b>38.966 €</b>	<b>194</b>	<b>46.966 €</b>	<b>178</b>	<b>32.032 €</b>

Garanzie	2017-2018		2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022	
	Sinistri Aperti	Riservato	Sinistri Aperti	Riservato						
Cure domiciliari e ambulatoriali (Altro)							1	210 €	4	1.237 €
Visite e accertamenti							5	600 €	4	377 €
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb.							2	99 €	1	370 €
Alta Specializzazione							6	986 €	1	350 €
<b>Totale complessivo</b>							<b>14</b>	<b>1.895 €</b>	<b>10</b>	<b>2.333 €</b>

Garanzie	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022
	Senza Seguito				
Cure domiciliari e ambulatoriali (Altro)	5	1			
Visite e accertamenti	18	12	7	3	2
Medicina preventiva A		1			
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb.		1		4	8
Alta Specializzazione	1	2	1	1	
<b>Totale complessivo</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>10</b>

\*Altro  
 -prestazioni infermieristiche  
 -cure e trattamenti fisioterapici rieducativi  
 -cure termali sulla base di una indennità giornaliera omnicomprensiva pari al 3% del massimale per max 20 gg  
 -cure odontoiatriche e ortodontiche, acquisto e ribassamento di protesi odontoiatriche  
 -acquisto di lenti correttive di vizi della vista clinicamente accertati (escluse montature e lenti a contatto), protesi sostitutive oculari;  
 -acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;  
 -acquisto di amplificatori acustici;  
 -noleggio di apparecchiature per emodialisi;  
 -acquisto e noleggio di carrozzelle ortopediche.