

PROCEDURA APERTA PER IL SERVIZIO DI POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA

CHIARIMENTI

(Aggiornato al 12 giugno 2014)

DOMANDA 1

Con riferimento al punto 1b) (centri diagnostici e laboratori) dell'Offerta tecnica, si chiede conferma che possano essere indicati anche i centri di fisioterapia ed i poliambulatori.

RISPOSTA 1

Si conferma che alla voce "centri diagnostici e laboratori", possono essere indicati sia i centri di fisioterapia che i poliambulatori.

DOMANDA 2

Si chiede conferma che per "Offerta economica opportunamente bollata" si intenda che sulla stessa debba essere apposta una marca da bollo da Euro 16.

RISPOSTA 2

L'offerta economica deve essere bollata con marca da euro 16.

DOMANDA 3

Si chiede conferma che per la partecipazione al bando, non sia necessaria l'allegazione del Passoe rilasciato tramite sistema AVCPASS.

RISPOSTA 3

Per la partecipazione alla procedura in oggetto non occorre l'allegazione del Passoe.

DOMANDA 4

Nell'allegato "Schema dichiarazione Busta A)" è riportata la seguente frase: " ai fini della partecipazione alla gara per l'acquisizione del servizio per lo svolgimento dell'attività istruttoria per l'accreditamento delle strutture di ricerca industriale e/trasferimento tecnologico:.....", si chiede conferma che trattasi di refuso e di indicare la diversa formulazione nel modello.

RISPOSTA 4

Trattasi di un refuso. La dicitura esatta è: " ai fini della partecipazione alla gara per servizio di polizza assicurativa sanitaria".

DOMANDA 5

Si chiede conferma se per Call Center di proprietà della Compagnia assicuratrice possa considerarsi tale anche il Call Center del Gruppo di appartenenza della Compagnia, in quanto erogato dalla società che svolge servizi amministrativi del gruppo, sita nella medesima sede della compagnia.

RISPOSTA 5

La risposta è affermativa. Si precisa che gli operatori del Call Center dovranno essere debitamente formati a rispondere alle domande poste dagli assicurati in merito alla polizza come specificato al paragrafo 1.9 "Servizi di consulenza e Call center" del capitolato tecnico (pag. 12) della procedura di cui all'oggetto.

DOMANDA 6

Si chiede conferma che il bando di Gara di cui all'oggetto preveda la partecipazione alla procedura anche da parte di Società di Mutuo Soccorso iscritte regolarmente all'Albo Nazionale delle Società Cooperative (sezione società di mutuo soccorso ex art. 23 c.D.L. n. 179/2012) come indicato all'allegato schema dichiarazione busta A) punto 14

Inoltre si chiede se l'aggiudicazione della gara da parte di una cassa assistenza sanitaria o società di mutuo soccorso, regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi ex DM 27/10/2009 "Decreto Sacconi" (con conseguente possibilità di usufruire s del trattamento fiscale agevolato previsto dalla normativa vigente), comporti il venir meno della previsione di cui all'ART 12 del Capitolato tecnico " Cassa di Assistenza Sanitaria", il quale prevede che " le prestazioni oggetto della presente Convenzione confluiranno all'interno della Cassa di Assistenza sanitaria denominata Cassa previline Assistance, con la quale le amministrazioni aderenti al GdA dovranno stipulare apposito accordo"

RISPOSTA 6

E' ammessa la partecipazione dei soggetti in possesso dei requisiti prescritti dal disciplinare di gara e alle condizioni previste dal Capitolato tecnico e dallo Schema di Convenzione, dalla quale scaturiranno singoli Ordinativi di Fornitura (contratti che individuano prestazioni sinallagmatiche), emessi dalle Amministrazioni che aderiscono al Gruppo di acquisto. E' possibile utilizzare una Cassa di Assistenza diversa da quella indicata nella documentazione di gara, purchè regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi ex DM 27/10/2009.

Resta fermo che i premi sono comprensivi della quota di adesione alla Cassa.

DOMANDA 7

Con riferimento alla stipula di una polizza assicurativa per la responsabilità civile si chiede conferma che la predetta polizza debba essere posseduta in fase esecutiva in caso di aggiudicazione e non al momento della presentazione dell'offerta, e se possa essere sottoscritta dal gestore dei sinistri cui sarà subappaltata l'attività.

RISPOSTA 7

La polizza assicurativa per la responsabilità civile deve essere prodotta dalla Ditta aggiudicataria e costituisce adempimento per la stipulazione della convenzione.

Si rammenta che il subappaltatore e l'affidatario sono soggetti a responsabilità solidale, per cui la polizza di RC deve essere posseduta da entrambi e che, in ogni caso, il subappalto è ammesso alle condizioni di cui all'art. 118 del Dlgs. n. 163/2006 e all'art. 17 dello schema di Convenzione in misura non superiore al 30% dell'importo di ogni singolo Ordinativo di Fornitura.

DOMANDA 8

Posto che possono aderire alla copertura su base volontaria varie tipologie di lavoratori (dirigenti, lavoratori collocati in aspettativa, lavoratori non inquadrati, lavoratori in comando o collocati fuori ruolo) si chiede perché nel prospetto riportato a pagina 5 del Disciplinare di gara viene riportato solo il numero dei dipendenti e dei dirigenti?

RISPOSTA 8

La tabella di cui all'art 2 - pagina 5 - del Disciplinare di gara riporta il numero dei dipendenti facenti parte il Gruppo d'acquisto, che hanno esteso su base volontaria la "garanzia base" e la "garanzia aggiuntiva" per sé e per il proprio nucleo familiare, nel corso delle precedenti Convenzioni. Categorie diverse di lavoratori non erano precedentemente contemplate.

DOMANDA 9

Negli anni 2011/2012 non vi è stato alcun dirigente in ruolo e non che abbia sottoscritto con la compagnia la polizza garanzia base per il coniuge e per il figlio?

RISPOSTA 9

Si veda il paragrafo 2 del Disciplinare di gara ed il paragrafo 14 del Capitolato tecnico.

DOMANDA 10

Si chiede di poter disporre della statistica sinistri degli ultimi sei anni (2009/2014) con indicazione della tipologia di garanzia, del tipo di regime di erogazione delle prestazioni usufruite (in forma diretta o indiretta) e distinta tra titolari, Coniugi e Figli; con indicazione anche della data di estrazione dei predetti sinistri.

Si chiede di fornire le seguenti informazioni anagrafiche sugli assicurati relative alle statistiche fornite e in particolare, per ciascun anno e per ciascun piano sanitario (base e aggiuntive):

- A) numero titolari che aderiscono alla garanzia base
- B) numero titolari che aderiscono a polizza aggiuntiva
- C) numero coniugi /conviventi che aderiscono alla base
- D) numero coniugi/conviventi che aderiscono a garanzia aggiuntiva
- E) numero primi figli che aderiscono a garanzia base
- F) numero primi figli che aderiscono a garanzia aggiuntiva
- G) numero figli oltre il primo che aderiscono a garanzia base

RISPOSTA 10

Si rammenta che la garanzia base è sostenuta dalle Amministrazioni Contraenti aderenti al GdL e vale per tutti i seguenti soggetti appartenenti al comparto, assunti con contratto sia a tempo indeterminato che a tempo determinato

Ente	comparto
Regione Emilia-Romagna	2.770
Consorzio Fitosanitario di PC	5
Consorzio Fitosanitario di PR	4
Az. reg. diritto allo studio Er.Go	142

Gli ulteriori dati disponibili, riportati ai paragrafi 1 e 2 del Disciplinare di gara ed al paragrafo 14 del Capitolato tecnico, sono i seguenti:

	01/07/2011	01/07/2012
1) dipendenti che hanno esteso la polizza per "garanzia aggiuntiva"	594	473
2) dipendenti che hanno esteso la polizza "garanzia base" per coniuge, e per ogni figlio	92	45
3) dipendenti che hanno esteso la polizza "garanzia aggiuntiva" per coniuge e per ogni figlio	159	143
4) dipendenti a tempo determinato che hanno aderito alla "Garanzia Base"	2	1
5) dirigenti in ruolo e non che hanno sottoscritto con la compagnia la polizza "Garanzia base"	4	2
6) dirigenti in ruolo e non che hanno sottoscritto con la compagnia la Polizza "Garanzia Aggiuntiva "	9	16
7) dirigenti in ruolo e non che hanno sottoscritto con la compagnia la Polizza "Garanzia Aggiuntiva per il coniuge e per ogni figlio"	6	8

DOMANDA 11

Si chiede di fornire indicazioni sulla data di decorrenza delle polizze degli anni passati e la conferma che le condizioni di polizza siano rimaste invariate negli anni o, in alternativa, l'indicazione delle eventuali modifiche che si siano verificate nel corso degli anni

RISPOSTA 11

La procedura di gara è alla sua terza edizione. La documentazione relativa alle edizioni precedenti può essere reperita alla Sezione Documentale sul sito dell'Agenzia: www.intercent.it.

DOMANDA 12

Si chiede di fornire l'ammontare complessivo dei premi per ciascun anno precedente (2009/2014).

RISPOSTA 12

L'ammontare complessivo dei premi relativi alle precedenti edizioni corrisponde all'importo della presente procedura di gara.

DOMANDA 13

In relazione all'art. 3 dell'allegato 6 comma 4" e successivi si chiede conferma che l'estensione ad adesione della copertura assicurativa per il nucleo familiare prevede che lo stesso possa godere delle medesime coperture previste per il nucleo, escludono quindi il caso che il dipendente aderisca alla 'garanzia aggiuntiva' e il relativo nucleo familiare possa essere assicurato ad adesione per la sola garanzia base.

RISPOSTA 13

Gli appartenenti al nucleo familiare dell'assicurato potranno usufruire sia della garanzia base che di quelle aggiuntive, fermo restando che l'adesione per le garanzie aggiuntive sarà possibile solo previa adesione anche per la garanzia base.

DOMANDA 14

In base all'art. 4 dall'allegato 6: si chiede conferma che l'attività del Broker riguarda esclusivamente la gestione amministrativa della polizza, ciò anche in relazione alla possibilità che in corso di contratto ci sia cambiamento del broker come indicato al 7" comma dell'articolo citato

RISPOSTA 14

Si conferma che l'attività del Broker riguarda la gestione amministrativa della polizza.

DOMANDA 15

All'art. 7 dell'Allegato 6 si precisa che i premi sono comprensivi dell'iscrizione alla Cassa Previline: si chiede di conoscere tale importo per poter quotare correttamente il rischio

RISPOSTA 15

La quota di adesione alla Cassa Previline è pari a € 250 anno / azienda.

DOMANDA 16

In relazione al fatto che la presente Compagnia Assicuratrice ha una propria Cassa di Assistenza si chiede la possibilità - in caso di aggiudicazione della gara - di poter utilizzare la stessa in relazione alla possibilità che in corso di contratto ci possa essere un cambiamento del broker e quindi non avere la necessità di cambiare CASSA DI ASSISTENZA.

RISPOSTA 16

È possibile utilizzare una Cassa di Assistenza diversa da quella indicata nella documentazione di gara, purchè regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi ex DM 27/10/2009. Resta fermo che i premi sono comprensivi della quota di adesione alla Cassa.

DOMANDA 17

A pagina 17 si legge che i prezzi devono essere indicati IVA esclusa:

poiché i premi assicurativi non sono assoggettati ad IVA, si chiede conferma se con tale locuzione si intendesse far riferimento al fatto che i premi a base di gara sono da intendersi al netto delle imposte. Si chiede inoltre se tali premi siano da considerarsi al netto anche dell'eventuale quota associativa alla cassa sanitaria di assistenza.

RISPOSTA 17

Come previsto dall'art. 7 dello Schema di Convenzione, si precisa che i premi, sono comprensivi della quota di adesione ad una Cassa di Assistenza regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi ex DM 27/10/2009 e si intendono IVA esente.

DOMANDA 18

A pagina 26 si prevede l'attribuzione di 2 punti qualora il Call Center sia di proprietà della Compagnia assicuratrice: si chiede conferma che qualora il Call Center di cui si avvale la Compagnia non appartenga direttamente alla stessa ma faccia parte del gruppo a cui essa

appartiene, il punteggio sia pari a 0 in quanto in questo caso il Call Center è da considerarsi “esterno alla compagnia assicuratrice”

RISPOSTA 18

Si ritiene che il Call Center appartenente allo stesso gruppo della Compagnia assicuratrice, equivalga al Call Center di proprietà. Pertanto si prevede l’assegnazione del punteggio previsto per il Call Center di proprietà.

DOMANDA 19

A pagina 28 è previsto l’inserimento all’interno della garanzia base del rimborso di una visita specialistica e di una detartrasi (con copertura integrale all’interno della rete convenzionata). Si chiede conferma che, nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, la liquidazione debba avvenire con l’applicazione dei limiti previsti al punto 2.1 del capitolato tecnico “visite specialistiche ed accertamenti diagnostici”.

RISPOSTA 19

Si conferma che nell’ipotesi di ricorso a strutture non convenzionate, saranno applicate le condizioni di cui all’art. 3 paragrafo 2.1 del Capitolato tecnico.

DOMANDA 20

A pagina 28 al punto 9 dell’attribuzione del punteggio economico, si legge “Copertura gratuita per figli da 0 a 10 anni compresi”, considerando che a pagina 4 si specifica che le garanzie aggiuntive sono a carico degli assicurati stessi, si ritiene che la copertura per i figli fino a 10 anni sia relativa alle sole garanzie base. Si chiede conferma.

RISPOSTA 20

Si precisa che tutte le garanzie per i figli a carico, sia base che aggiuntiva, hanno carattere opzionale e vengono sostenute dagli assicurati. Pertanto l’eventuale offerta di copertura gratuita per i figli da 0 a 10 anni si riferisce ad entrambe le garanzie, base ed aggiuntiva.

DOMANDA 21

Si chiede di specificare l'eventuale aliquota provvisoria che deve essere corrisposta all'intermediario assicurativo che collaborerà all'espletamento della copertura, in modo da effettuare una appropriata valutazione economica.

RISPOSTA 21

La percentuale di commissioni previste per il Broker è pari all'8% dei premi imponibili.

DOMANDA 22

A pagina 31 viene descritta la modalità di determinazione del punteggio economico. Riteniamo che l'articolo debba essere modificato nel seguente modo:

seguente formula

$$PE_{tot} = ((\sum (Pe(a)_i) + Pe(a)_9)$$

Dove:

$Pe(a)_i$ = è il punteggio economico ottenuto dalla ditta (a) per i criteri da 1 a 8;

$PE(a)_g$ = è il punteggio economico ottenuto dalla ditta (a) per i criterio 9

Al termine dell'operazione, il punteggio tecnico definitivo verrà attribuito facendo la riparametrizzazione (rescaling) dei punteggi tecnici preliminari secondo la seguente formula:

$$P_{tot\ i} = 40x \frac{\text{-----}}{PE_{tot\ max}}$$

RISPOSTA 22

Per mero errore materiale, la formula matematica riportata al paragrafo 7.2 del disciplinare di gara non contiene il denominatore, a differenza di quanto correttamente è possibile ricavare dalla

descrizione: “Al termine dell’operazione, il punteggio economico definitivo verrà attribuito facendo la riparametrizzazione (rescaling) della sommatoria dei punteggi economici preliminari secondo la seguente formula”....

Pertanto la formula è la seguente:

$$P_{Etot} = 40 * ((\sum P_{E(a)_i} + P_{E(a)_9}) / ((\sum P_{Ei} + P_{E9})_{max}))$$

Dove:

- P_{Etot} è il punteggio economico definitivo;
- $P_{E(a)_i}$ = è il punteggio economico ottenuto dalla ditta (a) per i criteri da 1 a 8;
- $P_{E(a)_9}$ = è il punteggio economico ottenuto dalla ditta (a) per i criterio 9
- **40** è il punteggio assegnato all’offerta economica
- $(\sum P_{Ei} + P_{E9})_{max}$ è il punteggio economico massimo assegnato

DOMANDA 23

A pagina 28 del Disciplinare di gara al punto 5b della Tabella si legge”b) “ all’interno delle “Garanzie Base”, inserimento del rimborso di una visita specialistica odontoiatrica e di una detartrasi dentaria (copertura integrale all’interno della rete convenzionata) e si assegnano 8 punti in caso di risposta affermativa e 5 punti in caso di risposta negativa. Si chiede se si intende assegnare un punteggio(sia pure di 5 punti) anche in caso di garanzia non prestata dalla Compagnia (risposta NO) oppure se si tratta di un refuso e il punteggio in caso di risposta negativa sia in realtà pari a 0

RISPOSTA 23

Alla sommatoria dei punteggi previsti per i vari criteri di qualità dell’offerta tecnica, dal paragrafo 7 “Modalità di aggiudicazione della gara” del disciplinare di gara, si sono verificati errori materiali.

Pertanto in detta sommatoria dei punteggi di qualità, non devono essere considerati:

a) i 5 punti per il criterio sub 5a: “all’interno delle “Garanzie Aggiuntive, inserimento del rimborso della Fisioterapia per causa diversa da infortunio (applicazione scoperto 30% - min € 75): SI’ con massimale € 250 per dipendente e il nucleo familiare)” logicamente alternativo, rispetto al punteggio assegnabile per l’opzione “SI’ con massimale € 500 per dipendente e il nucleo familiare”;

b) i 5 punti per il criterio sub 5b: “all’interno delle “Garanzie Base”, inserimento del rimborso di una visita specialistica odontoiatrica e di una detartrasi dentaria (copertura integrale all’interno della rete convenzionata) NO” per il quale il punteggio è logicamente pari a 0.

In conformità a quanto previsto dalla documentazione di gara, ai fini dell’attribuzione del punteggio tecnico, ciascun criterio sarà incrementato nel modo seguente, mantenendo sostanzialmente inalterati, sia il contenuto dei singoli criteri, sia la sommatoria totale di punti 60, sia il peso individuale:

Progressivo	CRITERIO	Modalità di attribuzione	Punteggio Massimo W_i
1	Numero complessivo, alla data di scadenza del presente bando, dei convenzionamenti diretti, in Italia (anche tramite società specializzata incaricata dalla compagnia assicuratrice):		
1a	a) con istituti di cura pubblici e privati	Il punteggio sarà attribuito a partire dal 101° istituto di cura pubblici e privati. Si considera un numero massimo di 200. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 200. Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(max)_i$ dove $V(a)_i$: è il coefficiente attribuito all’offerta del concorrente “a” $R(a)_i$: n. istituti indicati dal concorrente “a” $R(max)_i$: n. istituti maggiore tra le offerte ricevute	2,4
1b	b) con centri diagnostici e laboratori di analisi (complessivamente considerati)	Il punteggio sarà attribuito partire dal 151° centro diagnostico e laboratorio di analisi. Si considera un numero massimo di 500. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 500. Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(max)_i$ dove $V(a)_i$: è il coefficiente attribuito all’offerta del concorrente “a”	2,4

		R(a) _i : n. centri indicati dal concorrente "a" R(max) _i : n. centri maggiore tra le offerte ricevute	
1c	c) con medici convenzionati	Il punteggio sarà attribuito partire dal 751° medico convenzionato. Si considera un numero massimo di 3.000. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 3.000. Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(max)_i$ dove V(a) _i : è il coefficiente attribuito all'offerta del concorrente "a" R(a) _i : n. medici convenzionati indicati dal concorrente "a" R(max) _i : n. medici convenzionati maggiore tra le offerte ricevute	2,4
2	Numero complessivo, alla data di scadenza del presente bando, dei convenzionamenti diretti, in Emilia Romagna (anche tramite società specializzata incaricata dalla compagnia assicuratrice):		
2a	a) con istituti di cura pubblici e privati	Il punteggio sarà attribuito partire dal 21° istituto di cura pubblico e privato. Si considera un numero massimo di 50. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 50. Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / iR(max)_i$ dove V(a) _i : è il coefficiente attribuito all'offerta del concorrente "a" R(a) _i : n. istituti indicati dal concorrente "a" R(max) _i : n. istituti maggiore tra le offerte ricevute	6
2b	b) con centri diagnostici e laboratori di analisi (complessivamente considerati)	Il punteggio sarà attribuito partire dal 31° centro diagnostico e laboratorio di analisi. Si considera un numero massimo di 60. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 60. Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(max)_i$ dove V(a) _i : è il coefficiente attribuito all'offerta del concorrente "a" R(a) _i : n. centri indicati dal concorrente "a" R(max) _i : n. centri maggiore tra le offerte ricevute	4,8

2c	c) con medici convenzionati	<p>Il punteggio sarà attribuito partire dal 151° medico convenzionato. Si considera un numero massimo di 400. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 400.</p> <p>Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(\max)_i$ dove $V(a)_i$: è il coefficiente attribuito all'offerta del concorrente "a" $R(a)_i$: n. medici convenzionati indicati dal concorrente "a" $R(\max)_i$: n. medici convenzionati maggiore tra le offerte ricevute</p>	7,2
3	Caratteristiche del Call Center:		
3a	a) di proprietà/esterno alla Compagnia assicuratrice	<input type="checkbox"/> di proprietà	2,4
		<input type="checkbox"/> oppure Esterno	0
3b	b) numero di operatori contestuali dedicati al ramo oggetto di gara	<p>Si considera un numero massimo di 50. Offerte superiori saranno ricondotte al numero massimo di 50</p> <p>Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(\max)_i$ dove $V(a)_i$: è il coefficiente attribuito all'offerta del concorrente "a" $R(a)_i$: n. operatori indicati dal concorrente "a" $R(\max)_i$: n. operatori convenzionati maggiore tra le offerte ricevute</p>	4,8
4	Gestione pratiche rimborso		
4a	a) consultazione telematica da parte degli assicurati della propria posizione assicurativa (stato dei sinistri)	<input type="checkbox"/> SI'	3,6
		<input type="checkbox"/> NO	0
4b	b) richiesta di tutte le liquidazioni in modalità on-line tramite caricamento all'interno di un sistema informatico	<input type="checkbox"/> SI'	3,6
		<input type="checkbox"/> NO	0
4c	c) tempi medi (su base annuale) di rimborso delle pratiche in giorni solari	<p>Il punteggio sarà attribuito secondo la seguente formula: $V(a)_i = R(a)_i / R(\max)_i$ dove $V(a)_i$: è il coefficiente attribuito</p>	1,2

		all'offerta del concorrente "a" R(a)i: differenza tra 35 giorni previsti dal capitolato tecnico e i giorni offerti indicati dal concorrente "a" R(max)i: differenza massima tra 35 giorni previsti dal capitolato tecnico e i giorni offerti	
5	Migliorie proposte rispetto alla polizza definita nella Convenzione allegata		
5a	a) all'interno delle "Garanzie Aggiuntive", inserimento del rimborso della Fisioterapia per causa diversa da infortunio (applicazione scoperto 30% - min € 75):	<input type="checkbox"/> SI' con massimale € 500 per dipendente e il nucleo familiare	9,6
		<input type="checkbox"/> SI' con massimale € 250 per dipendente e il nucleo familiare	6
5b	b) all'interno delle "Garanzie Base", inserimento del rimborso di una visita specialistica odontoiatrica e di una detartasi dentaria (copertura integrale all'interno della rete convenzionata)	<input type="checkbox"/> SI'	9,6
		<input type="checkbox"/> NO	0
Totale			60

DOMANDA 24

A pagina 27 del disciplinare di gara al punto 4c viene indicato come criterio soggetto a punteggio i "Tempi medi (su base annuale) di rimborso delle pratiche in giorni solari". Si fa presente che tale criterio in realtà ha in fase di presentazione dell'offerta, un valore di mera dichiarazione e non può essere per sua natura poi oggetto di comprova ex art. 48 del Codice degli appalti. Si chiede quindi cortesemente a codesto rispettabile ente se può essere sostituito con un criterio più oggettivo e dimostrabile.

RISPOSTA 24

Il criterio di valutazione dell'offerta tecnica in questione, non attiene ai requisiti di capacità tecnico-organizzativa o economica-finanziaria, rispetto ai quali sono previste le verifiche di cui all'art. 48 del Dlgs. n. 163/2006. Si tratta di aspetto qualitativo dell'offerta, impegnativa in caso di aggiudicazione, che definisce una tempistica di rimborso migliorativa rispetto ai 35 giorni previsti

dal capitolato tecnico. L'art. 9 del capitolato di Gara "gestione dei documenti di spesa" stabilisce, infatti, che la compagnia assicuratrice dovrà garantire, a seguito di presentazione da parte dell'assicurato di idonea documentazione, un tempo di rimborso massimo di 35 giorni, dal ricevimento della pratica stessa.

DOMANDA 25

Il contratto non prevede la sezione "definizioni" Proponiamo di integrarlo nel seguente modo.

DEFINIZIONI

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza Infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

E' la struttura di XXXX costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

organizzare e prenotare ,su richiesta dell'Assicurato,l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate ;

fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate e, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza .

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi. pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie , da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci) .

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni. è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito .

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro .

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita , violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico .

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

Intervento. chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post - intervento.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, struttura sanitaria, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge , all'erogazione di prestazioni terapeutiche effettuate in regime ospedaliero, di degenza diurna o ambulatoriale, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio .

Malformazione

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione .

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico -infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica. Il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero".

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

la Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura , poliambulatorio , centro specialistico e relativi medici chirurghi ·dedicati al presente Piano Sanitario - con cui xxxx ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

RISPOSTA 25

Fermo restando l'apprezzamento del suggerimento, si ritiene esaustiva la documentazione di gara come pubblicata.

DOMANDA 26

A pagina 6, al punto 1.1"GRANDI INTERVENTI" si legge:

(...) "Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato," (...)

Si chiede se l'indicazione "ricovero medico" debba essere intesa come refuso trattandosi di garanzia operante per i soli Grandi Interventi Chirurgici; se così fosse la formulazione potrebbe essere la seguente:

"Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un ricovero per grande intervento chirurgico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale dalla Compagnia assicuratrice con l'applicazione dello scoperto o del minimo non indennizzabile sopra citati".

RISPOSTA 26

Si conferma l' interpretazione.

DOMANDA 27

A pag. 7, è previsto il massimale dell'area ricovero in misura pari a 200.000 euro per anno assicurativo /nucleo.

Si chiede conferma che questo massimale si intenda operante anche nel caso di: "Trasporto sanitario"; "Trapianti", "Rimpatrio della salma"; "Indennità sostitutiva per Grandi interventi", "Indennità di ricovero nel caso di ricovero per intervento chirurgico non grande o senza intervento chirurgico compreso il parto", "Indennità di convalescenza" e "indennità di ingessatura".

RISPOSTA 27

Come indicato al paragrafo 1 Garanzia Base 1.1 GRANDI INTERVENTI del Capitolato tecnico, il massimale di euro 200.000,00 comprende: Trasporto sanitario; Trapianti; Rimpatrio della salma.

DOMANDA 28

A pag. 8, al punto "1.4 INDENNITÀ DI CONVALESCENZA (GARANZIA NON ESTENDIBILE AI FAMILIARI)" si legge:

(...)L'assicurato, in caso di ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 55,00 per un numero massimo di giorni pari a quello del ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per sinistro (...)

(...) la convalescenza deve essere prescritta dall'Istituto di Cura all'atto delle dimissioni o, in un momento immediatamente successivo alle dimissioni, dal medico curante (...)

Si chiedono le seguente conferme:

che la convalescenza da parte del medico curante, quindi non all'atto delle dimissioni, debba essere prescritta entro 3 giorni dalla data di dimissioni.

RISPOSTA 28

Il capitolato non contempla quanto da voi indicato.

DOMANDA 29

A pag.9, all'articolo "Modalità di erogazione degli accertamenti diagnostici oncologici" si legge:(...) "In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice: pagamento diretto

da parte della Compagnia assicuratrice alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti, nel caso di prestazione erogata a favore del familiare del dipendente verrà applicata una franchigia di € 30,00 (...)"Si chiede conferma che la franchigia debba essere applicata per ogni accertamento.

RISPOSTA 29

Si conferma l'interpretazione .

DOMANDA 30

A pag. 10, all'articolo "Modalità di erogazione delle visite cardiologiche ed oncologiche" si legge:

(...) "In strutture sanitarie convenzionate con la Compagnia assicuratrice: pagamento diretto da parte della Compagnia assicuratrice alla struttura per le prestazioni erogate all'Assicurato dalla struttura sanitaria, nel caso di prestazione erogata a favore del familiare del dipendente verrà applicata una franchigia di € 30,00." (...)

Si chiede conferma che la franchigia debba essere applicata per ogni visita.

RISPOSTA 30

Si conferma l'interpretazione .

DOMANDA 31

A pag. 13, all'articolo 1.8 "Alta Specializzazione Extraricovero" si legge:

(...) "La polizza comprende , oltre a quanto sopra esplicitato, il pagamento di ogni ticket sanitario riferito a visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche in assenza di "garanzie aggiuntive" . (...)

Si chiede conferma che il rimborso dei ticket relativi alle visite specialistiche, escluse le pediatriche di routine, e agli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti in alta specializzazione, debba essere inteso nel limite del Massimale annuo dell'alta specializzazione

RISPOSTA 31

I ticket sanitari sono tutti rimborsabili. Rientrano nel massimale annuo di alta specializzazione

DOMANDA 32

A pag.15, è previsto l'Art. 2 .2 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO"

Si chiede conferma che debbano considerarsi escluse le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medicali hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

RISPOSTA 32

Si conferma l'interpretazione.

DOMANDA 33

A pag.15, all'Art. 2.3 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici" si legge:

"La Compagnia assicuratrice rimborserà le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:"(...)

Si chiede conferma che gli interventi di implantologia dentale debbano essere considerati in copertura solo a seguito di uno degli interventi elencati in garanzia e pertanto solo se resi necessari dagli stessi.

RISPOSTA 33

Si conferma l'interpretazione .

DOMANDA 34

A pagina 5 all'Art. 5 "Casi di non operatività della copertura assicurativa" non compare l'esclusione relativa alle protesi dentarie, alla cura delle paradontopatie, alle cure dentarie e agli accertamenti odontoiatrici. Poiché tali prestazioni vengono effettuate in regime ambulatoriale e comportano abitualmente l'effettuazione di interventi chirurgici, sembrerebbero da ricomprendere nell'ambito della garanzia prevista a pagina 10. Si chiede se si voglia effettivamente considerare in copertura tali prestazioni oppure se debbiano essere escluse. In quest'ultimo caso si chiede di inserire nell'ambito dell'Art 5 "Casi di non operatività della copertura assicurativa" la seguente esclusione:

"le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici" .

RISPOSTA 34

Le prestazioni di protesi dentarie, cure delle paradontopatie, cure dentarie e agli accertamenti odontoiatrici sono escluse dalla garanzia e neppure rientrano nella previsione di cui all'art. 4 paragrafo 1.7 del Capitolato tecnico

DOMANDA 35

Si ritiene necessario specificare, per evitare eventuali contenziosi, l'ambito di operatività della polizza, di conseguenza si chiede di inserire a pagina 5 all'Art. 5 "Casi di non operatività della copertura assicurativa" la seguente esclusione:

"le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale".

RISPOSTA 35

Si conferma quanto prescritto all'art. 5 del Capitolato tecnico.

DOMANDA 36

A pag. 18, all'Art . 9 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA" si legge:

(...) "La Compagnia assicuratrice dovrà garantire, a seguito di presentazione da parte dell'assicurato della idonea documentazione, un tempo di rimborso massimo di 35 giorni, dal ricevimento della pratica stessa"

Con l'indicazione di "idonea documentazione" deve essere intesa la documentazione composta da:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.
- in caso di ricovero, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia conforme all'originale della documentazione clinica completa,
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante

La compagnia assicuratrice si riserva la facoltà di richiedere la produzione della documentazione in originale e di disporre eventuali controlli medici. Si chiede conferma dell'interpretazione

RISPOSTA 36

La documentazione di gara non contempla il materiale da produrre ai fini della denuncia del sinistro, che sarà definito a seguito dell'aggiudicazione tra l'Agenzia e l'aggiudicatario.

DOMANDA 37

A pag. 9, art. 4 si legge "La Compagnia assicuratrice aggiudicataria riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. L'opera del broker sarà remunerata, in conformità alla prassi di mercato, dall'Assicuratore aggiudicatario".

Riteniamo tuttavia che per poter effettuare un'appropriate valutazione economica, sia necessario conoscere l'aliquota provvigionale da corrispondere al broker. Anche l'AVCP (Autorità per la

Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture), interrogata sull'argomento dall'AGCM (Autorità garante per la concorrenza e il mercato) nell'audizione del 19 settembre 2012, ha risposto testualmente "il fatto di indicare nel bando di gara l'importo percentuale della provvigione del broker sul premio di assicurazione, consente alle imprese partecipanti alla gara di conoscere con esattezza, a differenza di quanto accadrebbe nell'ipotesi di un mero richiamo ad usi o consuetudini di mercato, l'importo provvigionale che alle stesse sarà riconosciuto in caso di aggiudicazione".

In base a tali presupposti, chiediamo quindi cortesemente di poter conoscere in anticipo la remunerazione del Broker.

RISPOSTA 37

La percentuale di commissione previste per il Broker è pari all'8% dei premi imponibili.

DOMANDA 38

Vi richiediamo la statistica sinistri pregressa riferita almeno all'ultimo triennio.

RISPOSTA 38

Si vedano le statistiche in nostro possesso secondo gli ultimi aggiornamenti effettuati, pubblicate al presente link.