

PROCEDURA APERTA, IN MODALITÀ TELEMATICA, PER L’AFFIDAMENTO TRIENNALE DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI CONI SERVIZI S.P.A. - CIG 6356672BAB - R.A. 059/15/PA

1. Domanda: con la presente siamo a comunicare che i sinistri relativi alla Sezione INFORTUNI non risultano disponibili sul sito, diversamente da quelli relativi alla sezione RSM/SANITARIA: richiediamo pertanto di disporne, nonché di ottenere lo "spaccato con il dettaglio dei sinistri", con riferimento ad entrambe le sezioni oggetto di quotazione.

1. Risposta: E’ stata allegata alla documentazione di gara la statistica sinistri polizza Infortuni seconda sezione – Assicurati tutti i soggetti partecipanti alle attività e manifestazioni sportive, promozionali e ricreative del CONI, oltre che pubblicate sul sito.

2. Domanda: premesso che per la partecipazione alla procedura vengono richiesti requisiti specifici, nella fattispecie quelli indicati all’art.3, lettera B.1) del Disciplinare di gara e precisamente il possesso di un rating pari o superiore a BBB rilasciato da Standard & Poor’s in corso di validità atteso che la scrivente intende partecipare al procedimento di gara in qualità di Mutua - pertanto non società di capitale soggetta a classificazione rating - costituita sulla base delle leggi di altro stato (Code de la Mutualité - Francia) - autorizzata da IVASS all’esercizio dell’attività assicurativa in Italia nel ramo oggetto dell’appalto di cui a margine, chiediamo alla Spettabile Stazione appaltante di voler gentilmente chiarire se il possesso di tale requisito può essere dimostrato a mezzo dell’indicazione del patrimonio netto della società.

La limitazione della dimostrazione agli strumenti summenzionati, senza altra alternativa, potrebbe di fatto ravvisare una discriminante in quanto viene esclusa in automatico la possibilità che una Società Mutua (Assicuratrice) possa partecipare alla gara dimostrando con altri indicatori la propria solidità patrimoniale.

A supporto della nostra richiesta segnaliamo il parere espresso dall’AVCP con determina n. 2 del 13 Marzo 2013, punto 3.5 - requisiti di partecipazione, di cui evidenziamo uno stralcio:

"Un’ulteriore restrizione all’accesso, infine, può consistere nel richiedere rating molto elevati, senza tenere in conto che tale indice considera il rischio di credito e non la solvibilità delle imprese e, soprattutto, risente del rating proprio del sistema paese in generale. In proposito, merita sottolineare che la normativa europea e nazionale disciplina in modo rigoroso il rischio di inadempienza delle imprese, con la previsione di un margine di solvibilità minimo che le imprese devono possedere.

Un indicatore che meglio rappresenta, rispetto al rating, la capacità di far fronte all’esposizione assicurativa potrebbe essere il cosiddetto indice di solvibilità, ottenuto come rapporto tra il margine di solvibilità disponibile e quello richiesto in base alla normativa vigente. Tale indicatore dovrebbe essere accompagnato da un indicatore di raccolta minima, globale e specifica, per evitare i rischi, emersi anche in corso di consultazione, di avvantaggiare le imprese più piccole rispetto alle grandi e di selezionare le imprese in base alla solidità complessiva e non anche alla capacità di far fronte ai rischi appartenenti ai diversi rami assicurativi".

2. Risposta: requisiti capacità economica – finanziaria: la stazione appaltante ha indicato il possesso di rating rilasciato anche da FITCH per la valutazione delle Mutue. In ogni caso si fa presente che detto requisito è soggetto ad avalimento.

3. Domanda: al fine di una attenta valutazione del rischio si chiede la statistica Sinistri Infortuni.

3. Risposta: vedi risposta n. 1.

4. Domanda: Si chiedono infine la ripubblicazione dei seguenti documenti in quanto non accessibili dal sito indicato nel Disciplinare di Gara

- Allegato B
- Allegato E

4. Risposta: Allegato B ed Allegato E correttamente pubblicati nel sito e sul Portale.

5. Domanda: Relativamente allo schema di polizza RSM_INFORTUNI si chiede di voler gentilmente precisare se tale contratto deve essere necessariamente stipulato come unico documento (ancorché suddiviso in due sezioni) o se la Spett.le Stazione Appaltante ritiene sia possibile stipulare contratti separati in virtù della diversa contraenza delle due sezioni (RSM=Cassa di Assistenza; INFORTUNI=Coni Servizi). Nel caso in cui la stipula debba avvenire con unico documento vogliate gentilmente precisare tale modalità a fronte proprio di una doppia contraenza.

5. Risposta: la gara prevede il Lotto Unico con due sezioni di copertura, non è ammessa la stipula di due polizze, né la doppia contraenza salvo per quanto indicato all'art. 3 ultimo capoverso – Cassa assistenziale. A tal fine si fa presente che nel parametro “altro documento” è accessibile la relativa dichiarazione all'individuazione della Cassa di Assistenza.

6. Domanda: con la presente siamo a comunicare la necessità di avere chiarimenti sull'applicabilità del paragrafo A2 “Varianti migliorative” del disciplinare di gara (vedi pag.25) nel contesto del normativo “polizza Rimborso Spese Mediche” (vedi pag. 18, 19). In pratica già il normativo prevede il diverso trattamento delle prestazioni a seconda se effettuate in regime di convenzionamento o non convenzionamento. Le migliorie indicate nel disciplinare farebbero supporre alla gestione delle prestazioni sanitarie univocamente in regime convenzionato.

6. Risposta: Varianti migliorative, Paragrafo A2, ovvero:

- Pacchetto maternità + 5 punti
- Assistenza diretta mediante rete convenzionata in caso di ricovero, incluse pre e post, tutto convenzionato quindi Istituto di cura, medici ed ambulatori + 15 punti
- Assistenza diretta mediante convenzionamento per le Extra ospedaliere (centri di analisi e diagnostici) + 5 punti
- Assistenza diretta anche in regime misto + 5 punti

7. Domanda: Vi chiediamo l'esatta definizione di nucleo familiare, con particolare riguardo alla dicitura altri familiari del dipendente.

7. Risposta: Si conferma la definizione del Nucleo familiare come descritto nello schema di polizza RSM Infortuni, con la precisazione che altro familiare è inteso sempre come discendente all'assicurato. Si intendono esclusi tutti gli altri familiari.

8. Domanda: All. 13_Schema_di_polizza_RSM_INFORTUNI

Con riferimento all'”Art. 2 Anticipi” della “Sezione III Condizioni Speciali”, si chiede cortese conferma che l'eventuale anticipo delle spese di ricovero in Istituto di Cura, possa erogato all'Assicurato previo l'inoltro della seguente documentazione:

- documentazione sanitaria completa, comprese eventuali precedenti cartelle cliniche, tutta la certificazione medica composta da diagnosi, pareri medici e prescrizioni dei sanitari, radiografie e/o esami strumentali e diagnostici
- il preventivo delle spese di ricovero emesso dall'istituto di cura
- il certificato di avvenuto ricovero.

8. Risposta: con riferimento all'art. 2 Anticipi della sezione III Condizioni Speciali - confermiamo quanto indicato nello schema di polizza RSM Infortuni.

9. Domanda: Con riferimento al punto A) dell'Art. 8 Prestazioni – Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria", previsto a pag. 17 della "Sezione III – Condizioni Speciali", si ritiene che le prestazioni descritte in detto sub-articolo possano essere intese come le prestazioni effettuate "durante" il ricovero e/o day hospital e/o intervento chirurgico e che pertanto l'indicazione "effettuati nei 120 giorni precedenti l'intervento" contenuto nel sub-articolo A) possa essere considerato un refuso, in quanto le prestazioni effettuate nei 120 giorni precedenti il ricovero o l'intervento e quindi in copertura col piano sanitario, sono elencate nel successivo sub-articolo "B) Nei 120 giorni precedenti il ricovero (...)"

Si chiede conferma dell'interpretazione.

9. Risposta: con riferimento all'Art. 8 Prestazioni – Norme che regolano l'assicurazione Sanitaria, previsto a pag. 17 della " Sezione III – Condizioni Speciali", quanto contenuto nel sub articolo A) non è considerato un refuso ma un'integrazione delle prestazioni non elencate nel sub articolo B).

10. Domanda: Tabella Limite di Assistenza e Tabella limiti di indennizzo

Si chiede cortesemente a codesta Spettabile Società Appaltante di inoltrare la "Tabella Limiti di Assistenza" e la "Tabella limiti di indennizzo" citate nei seguenti punti che non si trovano allegate al Capitolato di Gara:

- "Sezione III – Condizioni Speciali", "Art. 8 Prestazioni – Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria" pag. 17
 - punto A), "Retta di Degenza con il limite di Tabella limiti di Assistenza"
 - punto A), "Trasporto dell'Assicurato in Italia con il limite di Euro VEDI Tabella limiti di indennizzo (...). Trasporto dell'Assicurato all'estero o dall'estero con il limite di VEDI Tabella limiti di Assistenza (...)"
- "Sezione III – Condizioni Speciali", "Art. 8 Prestazioni – Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria" pag. 18
 - Punto E) "Rette dell'Accompagnatore, con il limite di Euro VEDI Tabella limiti di Assistenza giornalieri (...)"

10. Risposta: E' stata allegata la Tabella di Limiti di indennizzo ed Assistenza allegati, nonché pubblicata sul sito.

11. Domanda: con riferimento all'Art. 11 Prestazioni Integrative" si ritiene che le Cure Dentarie (protesi comprese) rese necessarie da infortunio certificato da pronto soccorso e in garanzia alle condizioni dell'Art. 8 e di conseguenza con l'applicazione dei limiti previsti all'art. 9, possano essere in copertura qualora richiedano il regime di ricovero o day hospital chirurgici oppure l'intervento chirurgico ambulatoriale.

Le cure dentarie extra-ospedaliere saranno invece escluse ai sensi dell'Art. 2 Esclusioni dall'Assicurazione", punto 3, previsto alla "Sezione V – Limitazioni".

Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.

11. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

12. Domanda: Con riferimento al paragrafo "1 Prestazioni di `Alta Specializzazione`" previsto all'Art. 12 Prestazioni Extraospedaliere e/o Ambulatoriali", si chiede cortesemente di confermare che:

- la "Laserterapia" possa essere intesa a scopo fisioterapico e riabilitativo oppure a scopo antalgico.
- Il minimo non indennizzabile previsto in caso di utilizzo di strutture convenzionate, possa essere applicato non solo per prestazione ma anche per ciclo di terapia, intendendo per ciclo di terapia quanto previsto dal Servizio Sanitario Nazionale ovvero la prescrizione di una serie della stessa prestazione fisioterapica per un massimo 10 sedute oppure 3 serie di prestazioni fisioterapiche diverse, ciascuna fino a un massimo di 10 sedute.

12. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

13. Domanda: Con riferimento al paragrafo "2 "Prestazioni Specialistiche" Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici " previsto all'Art. 12 Prestazioni Extraospedaliere e/o Ambulatoriali", si chiede cortesemente di confermare le seguenti interpretazioni:

- le spese per "Applicazione e rimozione di gesso e valve gessate" saranno accompagnate dalla certificazione emessa dal Pronto Soccorso e/o dall'Ambulatorio Specialistico in cui saranno dichiarate sia la data di applicazione che la data di rimozione di tali strumenti immobilizzanti
- i trattamenti fisioterapici e/o rieducativi previsti dal presente articolo e resi necessari da infortunio certificato da pronto soccorso sono da ritenersi alternativi alla Cure Fisioterapiche previste col successivo articolo 13
- i trattamenti fisioterapici e/o rieducativi a seguito di infortunio, in caso di utilizzo di strutture convenzionate saranno erogati con l'applicazione del minimo non per singola seduta/prestazione ma per ciclo di terapia, come illustrato col precedente quesito.

13. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

14. Domanda: Sub-articolo "14.3 Trapianti" previsto all'Art. 14 Ricovero per Grandi Interventi – Elenco Allegato"

- Si ritiene che le spese per le donazioni da vivente richiamate al punto F) dell'Art. 8 Prestazioni – norme che regolano l'Assistenza Sanitaria" debbano essere considerate un refuso poiché declinate anche al sub-articolo "14.3 Trapianti" previsto all'Art. 14 Ricovero per Grandi Interventi – Elenco Allegato"
- Le spese per il trasporto degli organi o di parti di essi saranno rimborsate secondo quanto previsto al punto F) dell'Art. 8 Prestazioni – norme che regolano l'Assistenza Sanitaria", poiché non richiamate al sub-articolo "14.3 Trapianti" previsto all'Art. 14 Ricovero per Grandi Interventi – Elenco Allegato"

Si chiede cortese conferma delle interpretazioni sopra-esposte.

14. Risposta: Si confermano le interpretazione.

15. Domanda: Al fine di ottimizzare l'ambito di operatività del Piano Sanitario, si propone a codesta Spettabile Società Appaltante di integrare l'Art. 12 Esclusioni dell'Assicurazione" previsto a pag. 24 della "Sezione V – Limiti" con le seguenti limitazioni:

- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave.

15. Risposta: La Vs. proposta si riferisce all'art. 2 e non 12 della Sezione V " Esclusione dell'assicurazione. In ogni caso la proposta è rifiutata.

16. Domanda: All'Art. 3 Adempimenti in materia di 'Privacy'" della "Sezione VI – Norme che disciplinano il sinistro" si legge:

"Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dall'Enpav alla società verranno utilizzati ai soli fini (...)"

Si ritiene che la frase contenga un refuso e che pertanto possa essere interpretata come segue:

"Le parti convengono che i dati relativi agli Assicurati forniti dal CONI alla società verranno utilizzati ai soli fini (...)"

Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.

16. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

17. Domanda: Si chiede cortese conferma a codesta Spettabile Società Appaltante che per quanto concerne la "Seconda Sezione – Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale", la polizza possa intendersi operanti per gli infortuni occorsi durante l'operatività del contratto.

17. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

18. Domanda: Per agevolare la corresponsione di quanto dovuto agli eredi ed evitare ritardi nella gestione delle pratiche, si propone a codesta Spettabile Società Appaltante di integrare l'Art. 22 "Morte Presunta" previsto nella "Sezione II – Norme che regolano l'assicurazione – valide per la sub sezione A) e B)" della "Seconda Sezione – Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale" con le indicazioni qui di seguito riportate:

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta in base alle vigenti leggi e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Si ritiene inoltre che l'articolo "Rischio Volo" al quale ci si riferisce nel capitolato per gli eventi in copertura debba essere inteso come l'articolo nr 26 a pag. 36, in quanto l'articolo nr 10 prevede la "Rinuncia alla Rivalsa"

Si chiede cortese delle interpretazioni sopra-esposte.

18. Risposta: Si accetta l'integrazione proposta e si conferma l'interpretazione art. 26 di pag. 36 – Rischio Volo -

19. Domanda: Al fine di erogare il miglior servizio possibile agli Assicurati, si propone di integrare l'Art. 25 "invalidità Permanente" nella "Sezione II – Norme che regolano l'assicurazione – valide per la sub sezione A) e B)" della "Seconda Sezione – Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale" con le seguenti indicazioni finalizzate a rendere più chiara possibile l'operatività della garanzia stessa:

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella citata nell'articolo ossia la "Tabella per l'Industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/1965 N.1124".

La denuncia dell'infortunio deve essere inviata alla Società entro 30 giorni dall'infortunio stesso.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico.

L'invalidità permanente viene accertata non prima di 12 mesi dalla data di denuncia alla Società, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa.

Per i casi non esplicitati nella "Tabella per l'Industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/1965 N.1124", i parametri di riferimento saranno quelli contenuti nella tabella ANIA.

Si chiede cortese conferma dell'interpretazione proposta.

19. Risposta: Si conferma l'interpretazione proposta.

20. Domanda: Si propone a codesta Spettabile Società Appaltante di integrare il Capitolato alla "Seconda Sezione – Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale "con le seguenti indicazioni da fornire agli Assicurati in modo tale da consentire loro di ottenere gli indennizzi previsti nel tempo più breve possibile, evitando di dover integrare in secondo tempo la documentazione eventualmente omessa/mancante:

Richiesta di Indennizzo a seguito di Invalidità Permanente da Infortunio:

Per questi eventi, l'assicurato dovrà inoltrare la seguente documentazione inoltrata direttamente alla Società a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte
- l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento
- il certificato di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma comprensivo delle consulenze specialistiche, degli esami strumentali e degli accertamenti radiologici effettuati
- in caso di sinistro conseguente a un atto violento, copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria
- le copie integrali delle relative cartelle cliniche in caso di ricoveri,
- Qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

Richiesta di indennizzo per Morte a seguito di Infortunio

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con l'indennizzo previsto per l'invalidità permanente.

Per richiedere l'indennizzo in caso di Morte a seguito di infortunio, la seguente documentazione deve essere inoltrata direttamente alla Società a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte
- certificato di morte dell'Assicurato, con indicazione della data di nascita;
- stato di famiglia
- Cartella clinica completa e/o certificato di Pronto Soccorso e/o relazione medica completa, indicanti anche la causa del decesso
- certificato medico che attesti il nesso di causalità fra il sinistro ed il decesso;
- certificato di ricognizione del defunto o esame autoptico;
- In caso di morte violenta, copia del verbale redatto dagli organi di polizia per l'Autorità giudiziaria
- l'inesistenza di sentenza di separazione giudiziale tra i coniugi o di separazione consensuale omologata dal Tribunale. In caso contrario, dovrà risultare a quale dei coniugi sia stata eventualmente addebitata in sentenza la separazione;
- i nomi di tutti i figli, il loro stato civile, l'inesistenza di figli oltre quelli indicati e se fra di loro vi sono inabili od interdetti;
- se il defunto abbia lasciato testamento; in caso positivo dovrà esserne esibita la copia autenticata;
- qualora non esistano figli i nominativi di tutti gli eredi del defunto ed il loro domicilio;

- nel caso di beneficiario minore di età, decreto del Giudice Tutelare che autorizzi l'esercente la patria potestà alla riscossione delle quote spettanti al minore;
- certificato medico dal quale risulti che la vedova non è in stato di gravidanza (sempreché la stessa abbia un'età inferiore a 50 anni).

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Nell'ipotesi di commorienza dell'Assicurato con il beneficiario, a seguito del medesimo evento, si considera comunque, come avvenuto antecedentemente, il decesso dell'Assicurato.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso e la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso morte, ove questa sia superiore

Per quanto attiene il caso di Morte presunta, si rimanda all'art. "22 Morte Presunta"

20. Risposta: Proposta accettata.

21. Domanda: A pagina 9 della Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato" la definizione di Prestazione Extra ospedaliera è declinata nel seguente modo "Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento". Si ritiene necessario specificare che verranno liquidate le sole prestazioni extra ospedaliere avvenute nel corso della validità della polizza e, come specificato all'Art. 2 "Prestazioni Extraospedaliere e/o ambulatoriali", con l'applicazione di scoperti e franchigie per singola prestazione. Si chiede conferma all'Ente della suddetta interpretazione.

21. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

22. Domanda: A pagina 16 della Sezione III "Condizioni Speciali" all'Art. 3 "Diaria Sostitutiva del rimborso" si legge "Qualora le spese sanitarie da ricovero siano o totale a carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altro Società di assicurazione, le prestazioni previste dalle garanzie RICOVERO si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità per ciascun giorno di ricovero di Euro 100,00 con il massimo di 210 gg per anno assicurativo e persona.". A pagina 18 all'Art. 10 "Servizio Sanitario Nazionale" si legge "Se tutte le spese (...) (relative al periodo di ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario nazionale, la Società corrisponde un'indennità (...). L'indennità sarà pari ad Euro 60,00 per ogni giorno di ricovero (...) fino ad un massimo di 180 g. per anno, oltre al rimborso dell'eventuale ticket. (...).

Si chiede all'Ente quale sia l'importo giornaliero dell'indennità sostitutiva nel caso le spese siano a carico del Servizio Sanitario nazionale e il numero massimo di giorni per cui viene prestata.

22. Risposta: Euro 60,00 max 180 gg.

23. Domanda: A pagina 17 della Sezione III "Condizioni Speciali" all'Art. 8 "Prestazioni – Norme che regolano l'assicurazione sanitaria" si legge "La società rimborsa in caso di: A) Ricovero con o senza intervento chirurgico in istituto di cura (...) Accertamenti diagnostici compresi onorari medici e **trattamenti fisioterapici, compreso il noleggio delle apparecchiature**, trasporto all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere d'urgenza, effettuati nei 120 giorni precedente l'intervento (...).". Sempre alla Sezione III "Condizioni Speciali" all'Art. 8 "Prestazioni – Norme che regolano l'assicurazione sanitaria" si legge "La società rimborsa in caso di: B) Nei 120 giorni precedenti il ricovero in Istituto di Cura o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, le spese effettuate (...) per: accertamenti

diagnostici; **prestazioni di laboratorio**; onorari medici; trasporto all'Istituto di Cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere d'urgenza.”.

Poiché le due lettere presentano dei punti discordanti, si chiede all'Ente quali saranno le spese liquidate nei 120 giorni precedenti il ricovero.

23. Risposta: Le spese liquidate nei 120 gg. precedente il ricovero sono:

Accertamenti Diagnostici, Prestazioni di laboratorio / Onorari Medici / Trattamenti fisioterapici /noleggio apparecchiature / Trasporto all'istituto di cura, all'ambulatorio o al pronto soccorso per ricovero o intervento che abbiano carattere di urgenza.

24. Domanda: A pagina 19 della Sezione III “Condizioni Speciali” all'Art. 12 “Prestazioni Extraospedaliere e/o ambulatoriali” si legge “La Società rimborsa con il limite assistenziale di Euro 8.000,00 anno/procapite per le prestazioni di “Alta Specializzazione” (...) e con un limite assistenziale di Euro 1.600,00 anno/nucleo per le “prestazioni specialistiche” (...).”.

Si chiede conferma all'Ente del fatto che il limite assistenziale di Euro 1.600,00 anno/nucleo per le “prestazioni specialistiche” è da intendersi quale sottomassimale del limite assistenziale di Euro 8.000,00 anno/procapite per le prestazioni di “Alta Specializzazione”.

24. Risposta: sono da intendersi due massimali distinti e non un di cui.

25. Domanda: Si chiede conferma all'Ente che, fermo quanto definito all'Art.12 punto 2 “Prestazioni Specialistiche – Visite Specialistiche ed Accertamenti diagnostici”, la Società provvederà al pagamento delle spese anche in valenza di quanto viene affermato all'Art.13 “Cure Fisioterapiche” e che pertanto l'Art. 13 si debba intendere come integrazione di quanto previsto all'Art.12.

Analogamente, si chiede conferma che il terzo punto dell'Art.11 “Prestazioni integrative” debba essere inteso come integrazione di quanto previsto all'Art.12.

25. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

26. Domanda: Poiché l'Art. 14 “Ricovero per Grandi Interventi” presenta delle differenze in termini di ciò che viene ritenuto in copertura in caso di ricovero per grande intervento, rispetto all'Art.8, si ritiene che il Grande Intervento debba essere ricompreso all'Art.8.

26. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

27. Domanda: A pagina 13 All'Art. 7 “Denuncia del sinistro e obblighi relativi” si legge “La denuncia del sinistro deve essere presentata per iscritto alla Società entro 90 giorni dal ricovero o dal momento dell'evento dannoso (...)”. Tale previsione prevarrà, di norma, rispetto all'applicazione dei 2 anni previsti dall'art. 2952, II° comma del Codice Civile per quanto concerne la prescrizione del diritto alle richieste di rimborso, e, nel caso in cui la denuncia arrivi successivamente l'assistito dovrà certificare le cause che hanno reso impossibile la denuncia del sinistro nei termini previsti.

Si chiede conferma dell'interpretazione.

27. Risposta: Si conferma l'interpretazione.

28. Domanda: Allegato F Modulo Offerta Economica - Per evitare errori di compilazione della griglia dell'Offerta Economica si chiede all'Ente se:

- a. “il premio annuo lordo complessivo offerto per la sezione RSM” dovrà essere il premio pro capite offerto per ciascun assicurato moltiplicato per i 2.200 Assicurati;

b. "il premio triennale lordo complessivo offerto per la sezione RSM" sarà calcolato come premio annuo lordo complessivo offerto per la sezione RSM, indicato precedentemente, moltiplicato per i 3 anni di copertura.

Medesima interpretazione verrà adottata anche per la sezione Infortuni.

28. Risposta: Si conferma quanto chiesto.

29. Domanda: Disciplinare di gara - A pagina 5 Sezione 1.3 "Durata" si legge " Il contratto avrà durata (...)31 dicembre 2015 e naturale scadenza (...) del 31 dicembre 2018; è data la facoltà ad entrambi le parti di poter receder dal contratto a far data dal 31 dicembre 2017, tramite comunicazione scritta da inviarsi a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, 6 mesi prima della scadenza. (...) E' facoltà della Contraente, alla naturale scadenza del 31 dicembre 2018, richiedere alle Compagnie la proroga del contratto fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione di nuova polizza e comunque per un periodo massimo di 180 (...) giorni (...). Le Compagnie non potranno rifiutare tale proroga a meno che non abbiano disdettato la polizza con un preavviso di almeno 150 gg. Rispetto la alla naturale scadenza del 31 dicembre 2018 (...). ". Da ciò si deduce che, se 6 mesi prima del 31 dicembre del 2017 la Compagnia aggiudicataria avrà comunicato di voler recedere il contratto, la Contraente non potrà richiedere una proroga del contratto.

Si chiede conferma all'Ente della precedente interpretazione.

29. Risposta: Non si conferma l'interpretazione. Se la compagnia aggiudicataria avrà comunicato nei termini stabiliti la volontà di recedere dal contratto, la Contraente potrà richiedere la proroga del contratto per l'espletamento delle procedure di aggiudicazione nuova polizza nei limiti stabiliti.

30. Domanda: Disciplinare di gara - A pagina 25, lettera B) "Offerta Economica: Massimo 30 punti" si legge " Verranno attribuiti 50 punti all'Impresa assicuratrice che avrà offerto il premio annuo lordo più basso. Alle altre concorrenti verrà attribuito il punteggio con la seguente formula $X(\text{punteggio da attribuire all'offerta}) = \frac{\text{premio annuo complessivo lordo più basso} \times 30(\text{punteggio massimo})}{\text{premio dell'offertapresa in esame}}$.

Si chiede conferma che il punteggio massimo attribuito all'offerta economica sia di 30 punti, come indicato anche nella formula e nel titolo del paragrafo.

30. Risposta: Si conferma che l'offerta economica ha valore fino a 30 punti.

31. Domanda: Disciplinare di gara - Con riferimento a quanto indicato a pagina 25 del Disciplinare di Gara alla lettera B) OFFERTA ECONOMICA: Massimo 30 punti e all'allegato F Modello di Offerta Economica, si chiede se la formula indicata nel Disciplinare si applica al premio annuo complessivo lordo relativo alle sezioni RSM e INFORTUNI oppure se sia previsto un sub criterio di assegnazione differenziato in ragione della scomposizione del premio per la sezione RSM e per la sezione INFORTUNI.

31. Risposta: La formula si applica al premio complessivo lordo RSM ed Infortuni e non scomposto.

32. Domanda: All. 13 Schema di polizza RSM INFORTUNI - Con riferimento alla "SECONDA SEZIONE – POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE" si chiede cortesemente di voler fornire i dati sui sinistri relativi all'ultimo triennio.

32. Risposta: Vedi risposta n. 1.

33. Domanda: All. 13_Schema_di_polizza_RSM_INFORTUNI - A pag. 30 del Capitolato, Art. 1, lettera o) si esclude l'alpinismo con scalata di rocce, ma non è inserito il grado minimo della scala UIAA che delimita l'esclusione.

Si chiede a codesto spettabile Ente di voler precisare quale sia il grado minimo della scala UIAA da tenere in considerazione ai fini di una corretta e trasparente applicazione della predetta esclusione.

33. Risposta: Devono intendersi esclusi gli infortuni subiti in conseguenza di qualsiasi forma di alpinismo o di speologia che di norma implichi l'uso di ramponi, fune o guide e comunque non oltre il 3° UIAA

34. Domanda: All. 13_Schema_di_polizza_RSM_INFORTUNI - A pag. 48 del Capitolato è previsto che il premio della categoria assicurata alla Sub Sezione B) (partecipanti alle attività sportive) sia fisso e non preveda regolazione, ma manca un parametro numerico iniziale (anche indicativo e medio) di riferimento.

Si chiede quindi a codesto spettabile Ente di voler indicare il numero medio di teste assicurate su base annua.

34. Risposta: Il premio annuo finito stabilito come base d'asta deve essere considerato come premio forfettario, a prescindere dal numero dei partecipanti assicurati oggetto della copertura. Tale premio annuo deve restare per tutta la durata della convenzione.

35. Domanda: Poiché ai sensi della Sezione RIMBORSO SPESE MEDICHE/POLIZZA SANITARIA di cui al punto 1.2 Importi del Disciplinare di gara (pag. 5 di 30) il premio annuo lordo pro capite posto a base d'asta è pari ad € 630,00 e poiché ai sensi dell'ultimo capoverso dell'art. 1. Oggetto della gara, prestazioni, Importo e durata (pag. 5 di 30) del Disciplinare di gara è prevista l'adesione su base volontaria nei termini seguenti "Il concorrente aggiudicatario dell'affidamento di cui sopra, si assume l'impegno di estendere la copertura assicurativa di cui alla sezione 1) Rimborso Spese Mediche, all'intero nucleo familiare del dipendente, con contributo annuo lordo volontario a carico del dipendente, pari ad € 1.000,00, valido per l'intero nucleo familiare così come definito dalla Sezione 1 – Norme che disciplinano il rischio assicurato – Art. 1." l'adesione del nucleo familiare deve avvenire solo ed esclusivamente prima della decorrenza della polizza e perdura per tutta la durata della stessa?

35. Risposta: Confermiamo la Vs. interpretazione salvo per quanto concerne la durata della copertura volontaria del nucleo familiare, che deve intendersi annuale. Si precisa altresì che la richiesta di attivazione adesione alla copertura del nucleo familiare da parte dell'assicurato, deve essere effettuata entro 30 gg. dalla data di decorrenza del contratto. Per i nuovi assicurati vale quanto precisato art. 5 CGA.

36. Domanda: Poiché ai sensi del punto 14. Procedura di aggiudicazione e stipula del contratto – CRITERI DI VALUTAZIONE OFFERTE (pag. 24 di 30) è previsto un punteggio massimo di 30 punti per quanto concerne l'Offerta economica e poiché alla lettera B OFFERTA ECONOMICA del medesimo punto 14. (pag. 25 di 30) si attribuiscono 50 punti all'impresa assicuratrice che avrà offerto il premio annuo lordo più basso si chiede conferma se trattasi di un refuso o meno.

36. Risposta: Vedi risposta n. 30.

37. Domanda: Le condizioni generali di assicurazione RSM_INFORTUNI in corso sono quelle previste dallo "Schema di polizza RSM-Infotuni" proposto dal bando di gara in esame?

In caso di riscontro negativo di cui al punto precedente è possibile ricevere condizioni di assicurazioni in corso?

37. Risposta: Si conferma la Vs. interpretazione.

38. Domanda: Si chiede cortesemente la possibilità di ricevere condizioni tecnico tariffarie in corso (premio RSM e tassi infortuni per categoria)?

38. Risposta: Le informazioni utili per la quotazione valutazione del rischio, tecnico ed economico, sono contenute nel disciplinare e nello schema di polizza RSM Infortuni.

39. Domanda: E' possibile ricevere cortesemente reportistiche sinistri suddivise per entità danno (RSM o Infortuni), oggetto prestazione e per modalità liquidazione con l' indicazione della data di estrazione dei dati?

39. Risposta: La statistica sinistri RSM è pubblicata sul sito e sul Portale.

40. Domanda: Al punto 2 "Limiti di Età – Persone non Assicurabili" della Sezione II – Condizioni Generali di Assicurazione dello Schema di polizza RSM_Infortuni (pag. 12 di 53) ... non sono assicurabili salvo patto speciale le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza. ..." Si chiede conferma che trattasi di refuso in quanto non in linea con le Disposizioni normative seguito recepimento Direttiva UE in materia di non discriminazione, per queste persone c'è l'esclusione delle spese per la cura dell'infermità mentali e non l'assicurabilità.

40. Risposta: Confermiamo che si tratta di un refuso.

41. Domanda: Si chiedono cortesemente delucidazioni circa la compatibilità del Recesso in caso di sinistro previsto all' Art. 8 e Disdetta di cui all'Art. 4 dello Schema di polizza RSM_Infortuni. In particolare chiediamo conferma che si possa recedere dal contratto per sinistro a prescindere dal verificarsi dello stesso (ovvero data evento).

41. Risposta: Si conferma l'interpretazione.
