

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

QUESITO N. 1

Spett.le Stazione Appaltante, si chiede cortese riscontro in merito ai quesiti che seguono:

a) - Fornire la statistica sinistri granulare e aggiornata (preferibilmente al 31/10/2025) degli ultimi tre anni con indicazione per ciascun sinistro di quanto segue:

1. piano sanitario (se base, integrativo: light - top);
2. tipo soggetto (se iscritto, dipendente, familiare iscritto, familiare dipendente);
3. garanzia colpita;
4. importo riservato;
5. importo pagato;
6. importo liquidato;
7. regime di convenzionamento (se forma diretta, indiretta, SSN).

b) - Fornire premi pro-capite in corso e degli ultimi tre anni distinti per Piano Base e piani integrativi ad adesione Light e Top (fino a 40 anni - da 41 a 55 - da 55 a 85 - figli fino a 12 anni - figli da 13 a 18 anni)

c) - Fornire il numero di assicurati degli ultimi tre anni distinti in iscritti, dipendenti e il numero degli iscritti e dipendenti che hanno aderito ai piani integrativi e relativi familiari; se non disponibili fornire una percentuale di adesione ai piani integrativi.

d) - Fornire la stima degli eventuali aderenti ai piani integrativi.

e) - Fornire indicazioni sull'età media degli iscritti alla cassa e dei dipendenti della stessa.

f) - Specificare se le condizioni previste nel capitolato (al netto delle migliorie tecniche richieste) replicano le condizioni in corso e degli anni precedenti; se differenti fornire le CGA o in alternativa indicare le eventuali varianti inserite..

RISPOSTA N. 1

a) La statistica sinistri granulare e aggiornata al 31 ottobre, contenente i dati relativi agli ultimi tre anni secondo le specifiche richieste, sarà resa disponibile in formato elettronico nella sezione dedicata alla documentazione di gara del sito istituzionale della Cassa. I dati sono forniti in forma completamente anonimizzata, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, e sono destinati esclusivamente alle finalità di partecipazione alla procedura di gara.

b) Di seguito i dati in nostro possesso:

2023

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT
Iscritto attivo	164,04 €	24168	3.964.518,72

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

2024

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT
Iscritto attivo	164,04 €	23924	3.924.492,96

PERIODO 01 01 2025-01 07 2025

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO ANNUO	RATA SEMESTRE
Iscritto attivo	164,04 €	22134	3.630.861,36	1.815.430,68 €

2023

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT
TITOLARI	481,79 €	535	257.757,65
FAMILIARI	0	1023	0,00
TOT		1558	257.757,65

2024

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT
TITOLARI	481,79 €	664	319.908,56
FAMILIARI	0	1476	0,00
TOT		2140	319.908,56

PERIODO 01 01 2025-01 07 2025

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT	RATA SEMESTRE
TITOLARI	481,79 €	556	267.875,24	133.937,62
FAMILIARI	0	1203	0,00	-
TOT		1759	267.875,24	133.937,62

2023

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT
-------------	--------------	-------	------------

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

Pensionato attivo single	164,04	165	27.066,60
Nucleo familiare	0	206	-
Pensionato attivo con nucleo	645,83	168	108.499,44
	TOT	539	135.566,04

2024

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT
Pensionato attivo single	164,04	217	35.596,68
Nucleo familiare	0	274	-
Pensionato attivo con nucleo	645,83	219	141.436,77
	TOT	710	177.033,45

PERIODO 01 01 2025-01 07 2025

DESCRIZIONE	PREMIO ANNUO	TESTE	PREMIO TOT	RATA SEMESTRE
Pensionato attivo single	164,04	187	30.675,48	15.337,74
Nucleo familiare	0	235	-	-
Pensionato attivo con nucleo	645,83	191	123.353,53	61.676,77
	TOT	613	154.029,01	77.014,51

c) il numero degli iscritti è indicato nella risposta al punto b). Nel totale degli iscritti attivi sono compresi anche i dipendenti (per l'anno 2025: numero 55). Per i dipendenti l'integrazione ai piani integrativi e l'estensione ai piani base per i familiari è pari al 100%.

d) Non disponibile.

e) L'età media degli iscritti alla cassa è 58. L'età media dei dipendenti è 55.

f) si rimanda all'allegato 11 rubricato "Informazioni utili per la partecipazione"

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

QUESITO N. 2

Spett.le Stazione Appaltante, siamo con la presente a formulare cortesemente le seguenti richieste di chiarimento.

1. Si chiede conferma che la Società di Mutuo Soccorso debba essere indicata dall'aggiudicatario della procedura in corso, e non già dai concorrenti in sede di deposito d'offerta.
2. Si chiede conferma che il riferimento al patto di integrità/protocollo di legalità citato nella istanza di partecipazione alla gara sia un refuso.
3. Con riferimento al requisito di Capacità economica e finanziaria, si chiede conferma che ci si riferisca al Ramo Malattia.
4. Con riferimento al § 16, ultimo comma, del Disciplinare, si chiede conferma che il riferimento al quadriennio sia un refuso (e si intenda massimo un triennio).
5. Con riferimento al CCNL indicato al § 3 del Disciplinare, si chiede conferma che il codice riportato tra parentesi sia un refuso e che il codice CNEL da considerarsi sia il J121.
6. In caso di partecipazione in coassicurazione, si chiede conferma che si possa depositare una domanda di partecipazione separata per ciascun componente della stessa e che in ogni caso al pagamento dell'imposta di bollo debba provvedervi solo la delegataria.
7. Con riferimento alla soglia di sbarramento citata all'ultimo capoverso dell'art. 21 del disciplinare, si chiede se si tratti di refuso o diversamente di poter indicare quale sia la soglia precisa di sbarramento dell'offerta tecnica.
8. Considerato che il Disciplinare di gara: - richiede all'aggiudicatario di uniformarsi ai principi e per quanto compatibili ai doveri di condotta richiamati anche nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - nel link indicato non è reperibile il predetto Piano si chiede conferma che si tratti di un refuso.
9. L'Articolo 25 – Penali del Capitolato, con riferimento all'applicazione di penali in caso di ritardo nei tempi di liquidazione, rinvia al "criterio n. 7 del punto 8.2, sub 1, lettera A) del Disciplinare di Gara"; si chiede conferma che si tratti di un refuso, non essendo previsto tale criterio nell'offerta tecnica.
10. Si chiede conferma che l'aggiudicatario possa garantire il numero verde gratuito da telefono fisso per le chiamate nazionali, mentre per le chiamate da cellulare e internazionali verrebbe messo a disposizione un numero a pagamento secondo la tariffa prevista dal gestore telefonico del chiamante.
11. In merito ai Servizi di consulenza riportati nel Capitolato Tecnico art. 17 sulle strutture sanitarie (ubicazione, specializzazione, indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria, informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero; - centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero; - farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni) si chiede conferma che si intendano solo per le strutture del Network convenzionato.

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

12. Con riferimento alla seguente previsione contenuta alle pagg. 22 e 23 del Capitolato "A tal fine l'Assicuratore dovrà fornire supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso: un call center dedicato composto da almeno 10 operatori e caratterizzato, ove necessario, dalla presenza di un medico, mettendo a disposizione un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate dall'Italia ed un numero dedicato a pagamento per le chiamate dall'estero" si chiede conferma che: - il call center debba intendersi dedicato ma non in via esclusiva; - la presenza di un medico sia da intendersi non come presenza fisica, ma come reperibilità.

13. All'art. 10 – Riservatezza dei dati dello Schema di contratto si prevede che l'aggiudicatario sarà nominato Responsabile del trattamento ("Per l'esecuzione del presente Contratto la CNPR conferma la designazione della Società, Responsabile nei confronti della CNPR, per il trattamento dei dati personali dei quali viene in possesso ai fini dello svolgimento del presente Contratto"). La scrivente impresa di assicurazione ritiene che la nomina a "Responsabile del trattamento" (rif. Regolamento UE n. 2016/679) non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati considerando infatti che: - i trattamenti svolti per l'erogazione della copertura assicurativa rappresentano l'attività tipica dell'impresa di assicurazione; - l'impresa di assicurazione effettua un trattamento di dati personali per effetto del rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto della stazione appaltante, soggetto quest'ultimo che raccoglie e tratta i dati per finalità diverse rispetto al fornitore del servizio assicurativo; la scrivente reputa più corretto essere individuata quale " Titolare del trattamento", come pure chiaramente indicato dal Garante per la protezione dei dati personali (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019, di cui si riporta il seguente passaggio: "La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce, quindi, in qualità di autonomo titolare in quanto non pone in essere un trattamento di dati "per conto" dell'ente aggiudicante, circostanza questa che, peraltro, priverebbe la società medesima dell'autonomia necessaria ad una corretta valutazione e liquidazione del danno (spetta infatti a tale società, in base a proprie valutazioni interne, decidere se liquidare direttamente un sinistro senza particolari formalità, ovvero avviare più puntuali verifiche o anche resistere in giudizio). Non vi è dubbio, infatti, che l'ente aggiudicante e la compagnia assicuratrice perseguono interessi separati e distinti, come del resto emerge dalla citata normativa di settore che, nel definire in maniera dettagliata tutti gli aspetti dell'attività assicurativa, individua gli obblighi che ricadono sulle parti contraenti (in tal senso, v. anche artt. 1882 e ss. c.c.). Alla luce di quanto detto, si rappresenta che, nell'ambito considerato, la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena assicurativa, doc. web n. 1410057)".

14. Con riferimento al passaggio sulla fattura citato all'art. 6 "Corrispettivo e Pagamenti" dello schema di contratto ("Il pagamento del corrispettivo contrattuale avverrà in rate mensili, secondo quanto previsto nel Capitolato speciale d'appalto ed a seguito di presentazione di apposita fattura in formato elettronico ai sensi dell'articolo 21, comma 1, del DPR 633/1972. I pagamenti verranno effettuati a ricevimento fattura elettronica con applicazione dello split payment: codice unico: UF4OXL.Nella fattura dovrà essere indicato il CIG.") si segnala che le Compagnie di assicurazione tipicamente non emettono fattura per l'emissione dei premi assicurativi ma certificati di polizza/appendici di regolazione di rinnovo e

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

quietanze. Si chiede, quindi, conferma che in caso di aggiudicazione il predetto passaggio possa essere opportunamente rimodulato al fine di adattarne il contenuto alle caratteristiche proprie del soggetto aggiudicatario. Nel rimanere in cortese attesa di riscontro, porgiamo i nostri migliori saluti.

RISPOSTA N. 2

1 Si conferma che la Società di Mutuo Soccorso dovrà essere indicata esclusivamente dall'aggiudicatario, in sede di stipula del contratto e comunque prima dell'avvio della copertura, e non dai concorrenti in fase di presentazione dell'offerta.

2 Si conferma

3 Si conferma

4 Si conferma

5 Si conferma

6 Si conferma

7 Si tratta di un refuso

8 Si tratta di un refuso

9 Si tratta di un refuso

10. Si conferma che l'aggiudicatario potrà garantire un numero verde gratuito per le chiamate nazionali da telefono fisso, mentre per le chiamate da cellulare e per quelle internazionali potrà essere messo a disposizione un numero a pagamento, secondo la tariffazione del gestore del chiamante.

11. Si conferma che i servizi di consulenza di cui all'art. 17 del Capitolato Tecnico si intendono riferiti alle strutture appartenenti al Network convenzionato.

12. Si conferma che:

- il call center deve intendersi dedicato alla gestione del servizio, senza obbligo di esclusività;
- la presenza del medico è da intendersi in termini di reperibilità e non come presenza fisica continuativa.

13 Si conferma che, alla luce della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e dei chiarimenti forniti dal Garante per la Protezione dei Dati Personali, la Compagnia aggiudicataria opererà quale autonomo Titolare del trattamento dei dati personali degli Assicurati, limitatamente alle attività connesse alla gestione ed erogazione delle prestazioni assicurative previste dal contratto.

Il riferimento contenuto nello Schema di contratto alla designazione dell'Aggiudicatario quale *Responsabile del trattamento* deve pertanto intendersi come refuso. Di conseguenza, lo Schema di contratto sarà adeguato affinché il ruolo della Compagnia aggiudicataria venga

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

correttamente individuato quale Titolare autonomo del trattamento, ferma restando la separazione delle responsabilità tra le Parti.

14 Si conferma che il passaggio contenuto all'art. 6 "Corrispettivo e Pagamenti" dello Schema di contratto potrà essere opportunamente rimodulato in sede di stipula, al fine di adeguare le modalità documentali alla specifica natura dell'attività assicurativa.

Le Compagnie di assicurazione, come correttamente segnalato, non emettono fattura ai fini dell'imposta sul valore aggiunto per i premi assicurativi, ma utilizzano:

- certificati di polizza,
- appendici di regolazione o rinnovo,
- quietanze,

che costituiscono la documentazione fiscale e contrattuale propria del settore.

Pertanto, in caso di aggiudicazione, la formulazione dell'art. 6 sarà coerentemente adattata, fermo restando che:

- la CNPR dovrà comunque ricevere la documentazione necessaria all'esecuzione dei pagamenti;
- resteranno invariati gli obblighi di tracciabilità e indicazione del CIG;
- non troverà applicazione lo *split payment*, non essendo i premi assicurativi soggetti a IVA ai sensi dell'art. 10, n. 2 del DPR 633/1972.

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

QUESITO N. 3

Spett.le Stazione Appaltante, siamo con la presente a formulare cortesemente le seguenti ulteriori richieste di chiarimento.

1. All'Art. 5 Durata, pag. 13, del Capitolato è riportato che "La stazione appaltante si riserva la facoltà di prorogare il contratto per una durata massima pari a 12 (dodici) mesi". Si chiede conferma che la Compagnia possa rifiutare la proposta di proroga annuale come previsto al paragrafo 3.3 del Disciplinare di gara ("A seguito di tale comunicazione l'appaltatore dovrà a sua volta comunicare la propria volontà o meno di accettare il rinnovo del contratto entro 10 (dieci) giorni dalla richiesta") anche se tale ultima specifica non è presente nel Capitolato.
2. Si chiede conferma che, in caso di proroga tecnica inferiore ai 12 mesi, premi e a massimali saranno riproporzionati in funzione della durata della proroga stessa. Ad esempio, in caso di proroga semestrale, il premio e i massimali si intendono dimezzati.
3. All'Art 19 del Capitolato è riportato che il numero minimo di assicurati è pari a 11.500; nell'allegato 10 si fa riferimento a 12.000 iscritti. Si chiede: · conferma che in caso di mancato raggiungimento della soglia minima, la copertura non sarà attivata; · di poter indicare il numero da considerare come soglia minima di attivazione; · se tale soglia minima debba essere raggiunta ogni anno. In particolare, si chiede se la copertura venga interrotta nel caso in cui il numero di soggetti non in regola sia tale da far diminuire per la seconda annualità il numero di iscritti al di sotto della soglia minima.
4. Si chiede conferma che la copertura BASE operi obbligatoriamente in favore di: a. Iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare; b. Dipendenti della CNPR; mentre operi facoltativamente in favore di: c. Pensionati Iscritti alla CNPR; d. Tirocinanti preiscritti alla CNPR; e. Nucleo Familiare degli Assicurati. In merito si chiede se tale estensione sia rivolta al nucleo familiare di tutte le categorie indicate sopra, ossia a., b., c. e d.. f. Nucleo Familiare dei dipendenti. In alternativa si chiede di fornire l'interpretazione corretta. Inoltre, si chiede conferma che la copertura base sia la medesima per tutte le categorie elencate sopra ad eccezione dei dipendenti e del relativo nucleo per i quali è possibile offrire delle offerte migliorative.
5. Si chiede di ricevere indicazione dei premi pro capite vigenti per ogni piano e categoria esistente, specificando se si tratta di premi imponibili o lordi.
6. Si chiede di ricevere indicazione del volume annuo dei premi per ogni piano e categoria esistente, specificando se si tratta di premi lordi o imponibili; in particolare si chiede di ricevere indicazione anche del premio relativo ai primi mesi dell'annualità assicurativa corrente sia per il piano base che per i piani integrativi (light e top).
7. Si chiede di ricevere il numero di assicurati relativi alle ultime tre annualità con riferimento a tutti i piani (base, light, top) e categorie esistenti.
8. Si chiede il numero totale di pensionati iscritti alla CNPR che potenzialmente possono aderire alla polizza base.
9. In riferimento ai piani integrativi LIGHT e TOP, si chiede conferma che operino facoltativamente per: a. I dipendenti di CNPR ma senza l'applicazione di franchigie e scoperti;

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

b. gli iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare, e loro familiari; c. I familiari dei dipendenti della CNPR. I pensionati, pertanto, non possono aderire ai piani integrativi

10. Si chiede di poter indicare la decorrenza del contratto attualmente in vigore.

11. In riferimento al premio di € 324 posto a base d'asta si chiede se questo sia il premio pro capite per gli iscritti/dipendenti assicurati con la polizza base; con riferimento, invece, al premio di € 800 per l'estensione al nucleo, si chiede se questo sia un premio per ogni componente del nucleo familiare degli assicurati oppure un premio per tutti i componenti del nucleo che aderiscano su base volontaria indipendentemente dalla numerosità.

12. In riferimento ai premi dei piani Integrativi, dal capitolato tecnico si chiede se i premi indicati nella tabella di pag. 41 del capitolato siano imponibili o al lordo delle imposte.

13. In riferimento alla garanzia LTC si chiede: · conferma che la Compagnia aggiudicataria prenderà in carico solo le richieste di LTC che perverranno nell'ambito del nuovo contratto mentre quelle preesistenti dovranno essere valutate nuovamente; · se sia prevista per tutti gli assicurati oppure solo per l'iscritto attivo e il dipendente.

14. Essendo previsto un criterio all'interno dell'offerta tecnica, nell'ottica di poterne valutare l'impatto, in merito all'estensione al nucleo familiare degli iscritti/dipendenti si chiede: · di ricevere indicazione del numero di iscritti e dipendenti aderenti con nucleo familiare; · se disponibile una statistica con andamenti riguardanti i nuclei familiari.

15. Nell'allegato 10 l'incremento % dei premi e il rapporto sinistri a premi dei primi tre mesi sono uguali; si chiede conferma che non si tratti di un refuso.

16. Con riferimento all'Allegato 11 si chiede conferma che le tabelle relative al piano base e al piano integrativo 6 mesi 2025 facciano riferimento ad un periodo di proroga tecnica relativo al contratto precedente. Nel rimanere in cortese attesa di riscontro, porgiamo i nostri migliori saluti.

RISPOSTA N. 3

1 Si conferma che la clausola di cui all'Art. 5 del Capitolato ("La stazione appaltante si riserva la facoltà di prorogare il contratto per una durata massima di 12 mesi") deve essere letta in coordinamento con quanto previsto dal Disciplinare di gara, paragrafo 3.3, secondo cui:

"A seguito di tale comunicazione l'appaltatore dovrà a sua volta comunicare la propria volontà o meno di accettare il rinnovo del contratto entro 10 giorni dalla richiesta."

Si conferma pertanto che la Compagnia aggiudicataria potrà comunicare la propria volontà di non accettare la proroga annuale, nei termini e con le modalità previste dal Disciplinare, anche se tale specificazione non è ripetuta nel Capitolato.

2 Si conferma che, in caso di proroga tecnica di durata inferiore a 12 mesi, il premio sarà riproporzionato pro-rata temporis rispetto al periodo effettivo della proroga.

Per quanto riguarda i massimali saranno proporzionati al periodo prorogato

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

3 In merito ai quesiti posti, si precisa quanto segue:

1. **Soglia minima di attivazione / calcolo dell'Acconto**
L'art. 19 del Capitolato Tecnico stabilisce che l'Acconto, per ciascun periodo annuo, è calcolato applicando il premio individuale annuo al numero minimo di 11.500 assicurati.
Tale valore deve pertanto essere considerato come soglia minima di riferimento contrattuale.
2. **Mancato raggiungimento della soglia minima all'avvio della copertura**
La soglia minima di 11.500 non rappresenta una condizione per l'attivazione della copertura, bensì un parametro di calcolo dell'Acconto posto a tutela della sostenibilità economica del servizio.
Pertanto, la copertura viene comunque attivata, anche qualora gli iscritti regolari risultino in numero inferiore, fermo restando che l'Acconto dovuto sarà comunque calcolato su 11.500 assicurati.
3. **Verifica annuale della soglia minima**
La soglia minima di 11.500 rileva ai soli fini del calcolo dell'Acconto per ogni annualità e non come requisito da raggiungere o mantenere per la validità della copertura.
Di conseguenza:
 - non è previsto che la soglia debba essere raggiunta ogni anno;
 - un'eventuale riduzione del numero degli iscritti regolari non comporta l'interruzione della copertura, né ha effetti sulla prosecuzione del contratto, restando inalterato il meccanismo di calcolo dell'Acconto su base 11.500.

4 Si conferma che la copertura BASE opera obbligatoriamente per le categorie a) e b) e facoltativamente per le categorie c), d), e) e f).

L'estensione al nucleo familiare riguarda tutte le categorie indicate.

La copertura BASE è la stessa per tutte le categorie, salvo per i dipendenti CNPR e relativo nucleo, per i quali sono ammesse offerte migliorative.

5 Si precisa preliminarmente che **tutti i premi riportati di seguito sono da intendersi al lordo delle imposte**. In riferimento alla richiesta di conoscere i premi pro capite vigenti per ciascun piano e categoria, si comunica quanto segue.

1. **Premio della polizza base attualmente in vigore**
Il premio annuo della polizza base, valido per tutte le categorie, è pari a **€ 275,37** (premio imponibile).
È inoltre prevista la possibilità di estendere la copertura al **nucleo familiare dell'iscritto**, con un costo aggiuntivo annuo pari a **€ 800,00**.
2. **Piano integrativo LIGHT**
L'avente diritto può aderire volontariamente al piano integrativo **LIGHT** per sé oppure per l'intero nucleo familiare, inteso come:

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

- coniuge o convivente more uxorio;
- figli conviventi;
- figli non conviventi se fiscalmente a carico.

Il premio, interamente a carico dell'assicurato, è il seguente:

Categoria	Premio
Fino a 40 anni	€ 344,40
Da 41 a 55 anni	€ 394,63
Da 56 a 85 anni	€ 767,73
Figli fino a 12 anni	Compresi gratuitamente
Figli da 13 a 18 anni	€ 241,08

3. Piano integrativo TOP

Possono aderire al piano **TOP** esclusivamente gli assicurati che hanno già aderito al piano **LIGHT**.

Il costo aggiuntivo è il seguente:

Categoria	Premio
Fino a 40 anni	€ 1.097,78
Da 41 a 55 anni	€ 1.255,63
Da 56 a 85 anni	€ 2.001,83
Figli fino a 12 anni	Compresi gratuitamente
Figli da 13 a 18 anni	€ 768,44

6 In merito alla richiesta di indicazione del volume annuo dei premi per ciascun piano e categoria, si precisa quanto segue.

La Stazione Appaltante non dispone dei dati analitici relativi alla suddivisione dei premi annui per singolo piano (base, light, top) né per categoria di assicurati, né dei premi riferiti ai primi mesi dell'annualità assicurativa corrente.

Gli unici dati attualmente in nostro possesso sono i seguenti:

- Numero totale degli assicurati per il periodo 01/07/2025 – 30/06/2026: 21.482
- Premio pro capite annuo: € 275,37
- Importo lordo complessivo del premio per l'intero periodo: € 5.915.489,34

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

7 Vedi risposta al quesito 1 lettera b).

8 Il numero dei pensionati attivi è pari a 4.453.

9 In merito ai chiarimenti richiesti circa l'operatività facoltativa dei piani integrativi LIGHT e TOP, si conferma quanto indicato nel quesito.

Si precisa tuttavia che i pensionati attivi possono aderire ai piani integrativi.

10 La decorrenza del contratto attualmente in vigore è dal 1° luglio 2025 al 30 giugno 2026.

11 Il premio di € 324 posto a base d'asta rappresenta il premio pro capite per gli iscritti/dipendenti assicurati con la polizza base.

Con riferimento, invece, al premio di € 800 per l'estensione al nucleo familiare, si precisa che si tratta di un premio unico per l'intero nucleo familiare.

12 Si conferma che i premi indicati nella tabella a pag. 41 del Capitolato Tecnico, relativi ai piani integrativi, sono espressi al lordo delle imposte.

13 Si conferma che la Compagnia aggiudicataria prenderà in carico esclusivamente le richieste di LTC che perverranno nel periodo di validità del nuovo contratto. La garanzia LTC riguarda tutti gli assicurati.

14 il dato richiesto non è al momento disponibile.

15 Si conferma che i valori indicati nell'Allegato 10 corrispondono a quanto fornito dalla compagnia uscente. Se l'incremento percentuale dei premi risulta identico al rapporto sinistri/premi dei primi tre mesi, ciò non è un refuso, ma la semplice trasposizione dei dati comunicati.

16 Si conferma che le tabelle riportate nell'Allegato 11, relative al piano base e al piano integrativo per il periodo dei primi 6 mesi del 2025, fanno riferimento a una proroga tecnica del contratto precedente.

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

QUESITO N. 4

1. Si chiede di fornire elenco analitico dei sinistri dal 2023 alla data più recente possibile che riporti almeno le seguenti informazioni: importo pagato, riservato, richiesto, data accadimento e data denuncia, stato sinistro (aperto, chiuso, senza seguito), erogatore prestazione (diretta, indiretta, SSN), categoria assicurato (titolare, familiare, dipendente), età assicurato, garanzia colpita, tipologia copertura (base, integrativa o dipendenti) ·
2. Per ciascun anno dal 2023 al 2025 si chiede di fornire: o Numero iscritti o Numero nuclei aderenti e numero totale familiari aderenti o Numero aderenti ai piani integrativi o Numero dipendenti · Si chiede di integrare la statistica sinistri fornita con i dati dei dipendenti ·
3. Per ciascun anno dal 2023 al 2025 si chiede di fornire il premio annuo complessivo versato
4. Si chiede di indicare i premi unitari in corso sia per gli iscritti sia per le adesioni volontarie (nuclei e integrative) ·
5. Si chiede evidenza delle differenze tra il capitolato di gara e: o condizioni normative in essere dal 2023 al 30/06/2025 o condizioni normative in essere a partire dal 30/06/2025 In alternativa si chiede di fornire copia delle condizioni di assicurazione in essere dal 2023 al 30/06/2025 e dal 30/06/2025 ad oggi.

RISPOSTA N. 4

- 1 La statistica sinistri granulare e aggiornata al 31 ottobre, contenente i dati relativi agli ultimi tre anni secondo le specifiche richieste, sarà resa disponibile in formato elettronico nella sezione dedicata alla documentazione di gara del sito istituzionale della Cassa. La statistica sinistri granulare e aggiornata al 31 ottobre, contenente i dati relativi agli ultimi tre anni secondo le specifiche richieste, sarà resa disponibile in formato elettronico nella sezione dedicata alla documentazione di gara del sito istituzionale della Cassa. I dati sono forniti in forma completamente anonimizzata, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, e sono destinati esclusivamente alle finalità di partecipazione alla procedura di gara.
- 2 Si rinvia a quanto già precisato nella risposta al Quesito 1, lett. B, formulato da altra Compagnia.
- 3 Si rinvia a quanto già precisato nella risposta al Quesito 1, lett. B, formulato da altra Compagnia.
- 4 Si rinvia a quanto già precisato nella risposta al Quesito 3, numero 5, formulato da altra Compagnia.
- 5 Si rimanda all'allegato 11 rubricato "Informazioni utili per la partecipazione".

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborsio spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

QUESITO N. 5

Spettabile Stazione Appaltante, ai fini della possibile partecipazione alla procedura di cui all'oggetto dell'operatore economico scrivente, si chiede di fornire riscontro alle seguenti richieste di chiarimenti.

1. Si chiede cortesemente conferma alla stazione appaltante che il premio previsto per pensionati, tirocinanti e dipendenti sia lo stesso degli iscritti ed è quindi soggetto ad asta, cioè il valore inserito in offerta economica sarà il premio stabilito per tutte le categorie citate.
2. In relazione al capitolato speciale, Articolo 2 – Prestazioni assicurate dalla Polizza base, si chiede quali limiti (franchigia, scoperto, ecc.) sono da applicare per le garanzie descritte al punto 1. AREA RICOVERO, sia per quanto riguarda le strutture convenzionate, sia per le strutture fuori convenzionamento.
3. In riferimento all'art. 2 del Capitolato, Prestazioni assicurate dalla Polizza BASE, comma 1. Area Ricovero, 1.A) Grandi interventi chirurgici (GIC) e Gravi eventi morbosi (GEM), si chiede gentilmente conferma che: a) il limite di euro 3.000 previsto per il Trasporto sanitario sia da intendere come limite massimo per ogni ricovero, al pari di quanto previsto dal piano integrativo LIGHT, lett. b); b) l'Assistenza infermieristica privata individuale sia riconosciuta solo se prestata durante il ricovero.
4. Si chiede all'Ente gentile conferma che le prestazioni di cui all'art. 2 del piano Base, comma 3, garanzia Alta Specializzazione, siano previste alle medesime condizioni del piano in corso, ovvero a seguito di malattia o infortunio.
5. Con riferimento alla medesima garanzia di Alta Specializzazione, art. 2 comma 3, si chiede cortesemente conferma che la franchigia di euro 20 nel caso di ricorso a strutture convenzionate e di euro 100 nel caso di ricorso a strutture non convenzionate sia da applicare per prestazione in caso di accertamenti e per ciclo di terapia in caso di laserterapia a scopo fisioterapico.
6. Relativamente alle garanzie Prevenzione Odontoiatrica dell'art. 2, comma 4, e Prevenzione, art. 2, comma 7, si chiede all'Ente conferma che per esse valgano le stesse condizioni previste dalla copertura in corso, ovvero che siano erogabili una volta all'anno presso strutture convenzionate.
7. Con riferimento all'art. 2 del Capitolato, comma 9, garanzia Critical Illness, si chiede gentilmente all'Ente conferma che l'indennità sia erogabile una tantum, e che non potrà pertanto essere corrisposta più volte a uno stesso Assicurato a seguito del ripetersi di patologie o condizioni già indennizzate dalla Società ai sensi della presente garanzia. Si chiede inoltre conferma che si intendono escluse le condizioni conseguenti a patologie e infortuni pregressi.
8. Con riferimento al medesimo comma 9 dell'art. 2 del Capitolato, garanzia Critical Illness, ai fini della corretta valutazione dei sinistri e per evitare contenziosi, si chiede cortesemente se possibile accettare le seguenti definizioni di patologie e condizioni, da accertare dietro presentazione di idonea documentazione clinica: - TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI: si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di organi o tessuti di un altro

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

individuo con lo scopo di sostituire organi o tessuti assenti o non correttamente funzionanti. Si intendono compresi unicamente i seguenti trapianti: cuore, fegato, polmone, rene, pancreas e midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo). - PERDITA DELLA VISTA: si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio. - ANGIOPLASTICA CORONARICA: gli interventi chirurgici, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, finalizzati alla correzione di stenosi o altre anomalie emodinamicamente significative di uno o più vasi coronarici. - INSUFFICIENZA RENALE CRONICA SEVERA CON TRATTAMENTO DIALITICO: si intende l'insufficienza renale severa ed irreversibile di entrambi i reni che ha imposto all'assicurato l'avvio del trattamento dialitico secondo la valutazione del medico nefrologo. Non sono inserite in tale definizione le insufficienze renali acute reversibili che richiedano un trattamento dialitico temporaneo. Ai fini del riconoscimento della condizione è necessaria idonea documentazione clinica comprovante l'inserimento dell'assicurato in un programma di emodialisi renale periodica e continuativa.

9. In relazione al capitolato speciale e al punto "10. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA", vista la non descrizione della specifica garanzia, si chiede conferma che si possa applicare il contenuto attualmente previsto per la copertura in corso, di cui di seguito riportiamo le specifiche: la garanzia di prevenzione "SINDROME METABOLICA" è prevista per tutti i titolari, per cui sono coperte le spese per effettuare, una volta all'anno e in un'unica soluzione, in strutture sanitarie convenzionate con la Società, una serie di prestazioni per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome metabolica non ancora conclamata: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi. Una volta ottenuti i valori, è sufficiente compilare un questionario sul sito della Cassa/Compagnia indicando i valori di una serie di parametri. Si riceverà l'esito entro 2 giorni con indicazioni per uno stile di vita più corretto (attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato).

10. Con riferimento alla garanzia Lenti del Piano Integrativo LIGHT, si chiede gentilmente conferma che l'applicazione della franchigia di € 30 è da intendere per fattura/assicurato.

11. Con riferimento alla garanzia Lenti del Piano Integrativo LIGHT, si legge "La Compagnia rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 300,00 per nucleo familiare. È possibile proporre offerta migliorativa delle franchigie relativamente alla copertura per il relativo nucleo familiare." Si chiede gentile conferma, visto anche il criterio n. 15 dell'Offerta Tecnica, che il riferimento alle franchigie in questo punto rappresenti un rifiuto, e che si intendesse invece fare riferimento al massimale.

12. Nel Piano Integrativo LIGHT, garanzia Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici (Network e Ticket SSN), viene normata la franchigia pari a € 30 in caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionati. Si chiede all'Ente conferma che tale importo è da applicare per prestazione (per visita specialistica/per accertamento diagnostico). Analogamente, si pone cortesemente lo stesso quesito con riferimento all'applicazione dello scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 60 per prestazioni effettuate fuori dal Network convenzionato, di cui al Piano Integrativo TOP, garanzia Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici Fuori Network.

13. Nel Capitolato Speciale, Allegato 3, "PIANI INTEGRATIVI", si legge: "L'adesione da parte dei familiari, di cui al punto 1, è possibile solo previa estensione agli stessi del piano base, al

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

premio di euro 800,00 (ottocentovirgolazero) per nucleo familiare (salvo offerta migliorativa)". Si chiede conferma che gli € 800 siano tassabili e non finiti.

14. Nel Capitolato Speciale, pagine 40-41 art. "COSTI E MODALITA' DI ADESIONE", vengono riportati i premi per l'adesione al PIANO LIGHT e al PIANO TOP. Si chiede conferma che i premi per persona lì riportati debbano essere considerati imponibili e non finiti.

15. In riferimento al disciplinare di gara, "17.1. CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA TECNICA", alcuni criteri forniscono la possibilità di inserire l'opzione "Nessuna Modifica", mentre per altri criteri non è prevista tale possibilità, ma l'inserimento di sole opzioni migliorative. Si chiede quindi conferma che per i criteri n° 1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, la mancata scelta da parte della compagnia di una delle opzioni tra quelle previste dalla tabella, equivalga al mantenimento di quanto previsto a base d'asta con la relativa attribuzione di 0 (zero) punti.

16. A pagina 12 del Disciplinare art. 3 "OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI", si legge che l'importo complessivo, pari a 13.906.728 €, è "calcolato sulla base del numero massimo bacino degli iscritti alla data del 30/09/2025 pari a 21.399 e dei dipendenti della CNPR, ed ha solo valore indicativo, pertanto, non è vincolante per la Stazione Appaltante che non risponderà né di un diverso numero di Assicurati, né di una differente distribuzione degli Assicurati rispetto a quella riportata nei documenti di gara". Viene specificato poi che "il numero degli iscritti in regola con il pagamento dei contributi, alla data del 30/09/2025, sono pari a circa 12.589; invece il numero degli iscritti non in regola con il pagamento dei contributi è stimato in 8.750 unità, quali potranno essere inseriti in copertura assicurativa a seguito di eventuale regolarizzazione, anche se intervenuta nel corso della vigenza della Polizza". Da ciò si evince che la popolazione assicurata per la gara in oggetto potrà essere molto diversa da quella assicurata nel contratto in corso. Nel contratto in essere infatti sono assicurati tutti gli iscritti, sia quelli in regola con il pagamento dei contributi, sia quelli non in regola. Nel nuovo contratto verranno assicurati solo gli iscritti in regola con i contributi. Di conseguenza la popolazione potrà subire una riduzione fino al 40% (8.750 unità in meno). Considerando poi che gli iscritti non regolari hanno una sinistrosità inferiore agli iscritti regolari, il rischio del nuovo contratto risulterà essere molto diverso da quello attuale. Si chiede conferma che l'interpretazione sopra descritta sia corretta e si chiede inoltre se l'Ente può quantificare una stima degli iscritti che attualmente non sono regolari, ma che regolarizzeranno la loro posizione.

17. In riferimento all'art. 3 - Persone assicurate del Capitolato, punto 3, si legge: "Per coloro che, non in regola con il pagamento del contributo previdenziale all'atto della stipula della presente assicurazione, si regolarizzano in corso d'anno, la copertura assicurativa avrà validità a decorrere dal giorno 1 del mese successivo all'iscrizione stessa, fermo restando che sarà applicata una carenza di 90 giorni, a decorrere dal giorno della regolarizzazione, per le garanzie di cui ai precedenti punti 1 (Area Ricovero), 5 (Interventi chirurgici odontoiatrici), 6 (Cure oncologiche) e 7 (Prevenzione)". Si chiede gentile conferma che tale carenza (90 giorni) prevista per il piano Base sia ugualmente applicabile anche a tutte le garanzie dei piani Integrativi di cui all'Allegato 3 del Capitolato.

18. In merito all'art. 25 - Penali del Capitolato speciale, si chiede gentilmente conferma che il riferimento al "criterio n. 7 del punto 8.2, sub 1, lettera A) del Disciplinare di Gara" per i

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

termini di rimborso sia un refuso, non essendo presente tale criterio nel documento citato né nell'Offerta Tecnica.

19. In relazione all' art 10 del file "Allegato" - "Bozza di Contratto" si legge testualmente "Per l' esecuzione del presente Contratto la CNPR conferma la designazione della Società, Responsabile nei confronti della CNPR, per il trattamento dei dati personali dei quali viene in possesso ai fini dello svolgimento del presente Contratto". Si segnala che l'orientamento espresso dal Garante per la Protezione dei Dati Personali prevede che "il rapporto tra ente aggiudicante e impresa aggiudicatrice non possa configurarsi nei termini di titolare e responsabile del trattamento" e che quindi "la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento" (Parere <https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9169688>). Si chiede, pertanto, conferma che il Fornitore aggiudicatario assumerà il ruolo di autonomo titolare del trattamento in conformità all'indirizzo espresso dall'Autorità garante.

20. In ordine ai requisiti richiesti ai fini della partecipazione alla presente procedura di cui al punto 6.1 pag. 21 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che gli unici richiesti siano: - (i) Requisiti di idoneità professionale - (ii) Capacità economica e finanziaria Nessun requisito di Capacità tecnico professionale è richiesto. Pertanto, sarà da ritenersi un refuso quanto riportato al punto 6.2 pag. 23 del Disciplinare di gara relativamente ai Consorzi, cooperative ecc.

21. Si chiede conferma che il DGUE debba essere caricato nella piattaforma online nel solo formato PDF firmato digitalmente come previsto alla pag. 36 Art. 14 del Disciplinare di gara e che non sia necessario anche il formato XLM. Con osservanza.

RISPOSTA N. 5

1 Si conferma che il premio imponibile pro capite annuo posto a base d'asta per la Polizza Base è unico per tutti gli Assicurati, come previsto all'art. 3 del Disciplinare.

2 Le condizioni (limiti, franchigie e scoperti) applicabili alla garanzia Area Ricovero sono esclusivamente quelle riportate nel Capitolato speciale di appalto.

3 a. Si conferma che il limite di € 3.000,00 per il Trasporto sanitario previsto per la Polizza Base costituisce limite massimo per evento/ricovero.

3b Si conferma che l'assistenza infermieristica privata individuale è riconosciuta esclusivamente se prestata durante il ricovero, come previsto dal Capitolato.

4 Sono previste indipendentemente da malattia o infortunio.

5 Si conferma

6 Si conferma

7 Si conferma

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

8 Le definizioni proposte (trapianto, perdita vista, angioplastica, insufficienza renale cronica) sono coerenti con le ordinarie prassi assicurative.

Si conferma che sono accettabili, fermo restando che resta vincolante la definizione contenuta nel Capitolato e che tali definizioni devono essere allineate al testo contrattuale finale.

9 Poiché il Capitolato richiama la garanzia ma non ne riporta il dettaglio operativo, si conferma che la Cassa intende mantenere la stessa impostazione vigente, ossia:

- una sessione annuale in convenzione;
- prestazioni: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi;
- questionario e valutazione online;
- restituzione indicazioni sullo stile di vita.

10 Si conferma che la franchigia di € 30 è applicata per fattura/Assicurato.

11 Si conferma che il riferimento alle “franchigie” nel testo del Piano Light costituisce un rifiuto.

L'elemento oggetto di possibile miglioramento è il massimale annuo (€ 300 per nucleo familiare), come coerentemente richiamato dal criterio 15 dell'Offerta Tecnica.

12 Si conferma.

13 Si conferma che l'importo € 800 indicato nell'Allegato 3 è da intendersi premio imponibile, e non “finito”, salvo eventuali offerte migliorative.

14 Si conferma che i premi riportati nelle pagine 40–41 del Capitolato (Piani Light e Top) **sono da intendersi imponibili**, in coerenza con tutti i premi previsti nella documentazione di gara.

15 Si conferma che per i criteri n. 1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, la mancata indicazione di un'opzione comporta semplicemente l'attribuzione di 0 punti, equivalendo al mantenimento della condizione base prevista dal Capitolato.

16 La nuova polizza coprirà **solo gli iscritti in regola contributiva**, come previsto dalla Delibera 26–27 novembre 2024 e richiamato nell'Allegato 11. Non è possibile fornire una stima attendibile degli iscritti che regolarizzeranno la posizione, poiché dipende dall'esito della sanatoria contributiva attualmente in valutazione da parte dei Ministeri vigilanti.

17 Si conferma che la carenza di 90 giorni prevista dall'art. 3 del Capitolato si applica anche alle garanzie dei Piani Integrativi, salvo diversa previsione esplicita nei relativi piani (che non risulta presente).

Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula di una Polizza Rimborso spese Mediche a favore degli iscritti e dei dipendenti dell'Associazione Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Ragionieri e Periti Commerciali, CIG: B92A1E0DA5

18 Si conferma che il riferimento al “criterio n. 7 del punto 8.2, sub 1, lettera A) del Disciplinare di Gara” costituisce un refuso.

19 Si conferma che il passaggio contenuto nell'art. 10 della *Bozza di Contratto* sarà adeguato: l'impresa aggiudicataria non sarà nominata *Responsabile del trattamento*, ma agirà quale autonomo Titolare del trattamento, in coerenza con quanto stabilito dal Regolamento UE 2016/679 e dall'orientamento del Garante per la Protezione dei Dati Personali (doc. web n. 9169688).

La formulazione attuale deve pertanto intendersi un refuso.

20 Non si conferma

21 Il DGUE Response deve essere allegato il formato pdf firmato digitalmente

QUESITO N. 6

Con riferimento al costo della manodopera stimato al par. 3 del Disciplinare di gara in una percentuale del 5% dell'importo a base di gara, corrispondente a Euro 347.668,20, in relazione al quale è richiesto ai concorrenti di presentare con l'offerta il “Modello dichiarazione Costo del personale” mediante compilazione dell'Allegato 8.1, considerato che le voci relative alla “retribuzione media mensile lorda” e al “costo medio annuo totale” non sono riconducibili alle tabelle del CCNL Ania applicato, che le voci “costo giornaliero” e “costo orari” risultano determinate sulla base degli importi stimati e che il numero indicato per la voce “impiego stimato gg/uomo/anno” non è specificato come sia stato quantificato, le suddette carenze non consentono la compilazione Modello dichiarazione Costo del personale e si chiede quindi di fornire chiarimenti e maggiori indicazioni al riguardo. Con riferimento al costo della manodopera stimato al par. 3 del Disciplinare di gara in una percentuale del 5% dell'importo a base di gara, corrispondente a Euro 347.668,20, si chiede di precisare in quale misura è stato considerato il Contratto Integrativo Aziendale, che integra i parametri retributivi previsti dal CCNL Ania, per il calcolo delle voci relative alla “retribuzione media mensile lorda” e al “costo medio annuo totale”.

RISPOSTA N. 6

L'importo indicato pari al 5% dell'importo a base di gara (Euro 347.668,20) rappresenta un valore stimato ai soli fini della procedura. Eventuali integrazioni derivanti da contratti aziendali dovranno essere autonomamente valutate e riportate dal concorrente nel modello. In sintesi, il modello deve riflettere i costi reali del personale dell'operatore economico, nel rispetto della normativa sul costo del lavoro e dei contratti collettivi applicati.