

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento dei servizi di copertura assicurativa per la stipula della 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, ai sensi degli articoli 59 e 60 del D. Lgs. n. 18 aprile 2016 n.50. Codice CIG: 8381988B4E.

QUESITI AL 09 SETTEMBRE 2020

Quesito n.1

	Quesito n.1		Risposta n. 1
	Si chiede cortesemente di fornire:		
1.1)	• sinistri della copertura "BASE" divisi tra richiesto, riservato e pagato degli ultimi 4 anni (2016/2017/2018/2019) dettagliati per garanzia e per categorie assicurate (caponucleo e familiare) e suddivisi tra prestazioni in forma diretta e indiretta (fac simile tabella 4 del capitolato).	1.1)	Dettaglio evidenziato nell'allegato "prospetto sinistri 2016-2017-2018-2019"
1.2)	• sinistri delle coperture "INTEGRATIVE LIGHT E PLUS" divisi tra richiesto, riservato e pagato degli ultimi 4 anni (2016/2017/2018/2019) dettagliati per garanzia e per categorie assicurate (iscritti, dipendenti, pensionati, tirocinanti, familiari) e suddivisi tra prestazioni in forma diretta e indiretta (fac simile tabella 4 del capitolato).	1.2)	Non si dispone di tale dettaglio
1.3)	• premio in corso e premi delle annualità precedenti base, light e top per gli anni 2016/2017/2018/2019.	1.3)	Premio in corso: non si dispone di tale dato Premio 2019: euro 3.391.254 Premio 2018: euro 3.672.186 Premio 2017: euro 3.372.228 Premio 2016: euro 3.433.503
1.4)	• sinistri RICOVERO suddivisi tra GIC e GEM per tutti gli anni dei sinistri pubblicati;	1.4)	Non si dispone di tale dettaglio
1.5)	• precisare la data d'osservazione dei sinistri pubblicati e se le tabelle 2028 che si ripetono riguardano i sinistri aggiornati a date più recenti	1.5)	I sinistri 2019 sono aggiornati al 31.01.2020. I sinistri 2018 sono aggiornati al 31.12.2018

	Quesito n.1		Risposta n. 1
	e se si precisare la data.		
1.6)	<ul style="list-style-type: none"> numero degli iscritti alla CNPR e dei dipendenti della CNPR suddivisi per ciascun anno dei sinistri richiesti (2016/2017/2018/2019). 	1.6)	Iscritti polizza base anno 2019: 25.150 Iscritti polizza base anno 2018: 25.526 Iscritti polizza base anno 2017: 25.701 Iscritti polizza base anno 2016: 25.959
1.7)	<ul style="list-style-type: none"> numero degli iscritti alla CNPR, dei dipendenti della CNPR, dei pensionati, tirocinanti e nucleo familiare che hanno aderito alle coperture integrative light e plus suddivisi per ciascun anno dei sinistri richiesti (2016/2017/2018/2019) 	1.7)	Dati non disponibili
	Infine, siamo a chiedervi di voler gentilmente:		
1.8)	<ul style="list-style-type: none"> 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. 	1.8)	Dati non disponibili
1.9)	<ul style="list-style-type: none"> indicare se negli anni 2016/2017/2018/2019 c'è stata retrocessione degli utili da parte della Compagnia e se si in quali anni. 	1.9)	Retrocessione degli utili anno 2019: nessun rimborso Retrocessione degli utili anno 2018: nessun rimborso Retrocessione degli utili anno 2017: rimborso pari a euro 97.281 Retrocessione degli utili anno 2016: rimborso pari a euro 189.955
1.10)	<ul style="list-style-type: none"> formire delucidazioni riguardo al punto 0 della lista dei GEM – dove si indica “tutti i ricoveri in terapia intensiva” – in quanto tale definizione sembrerebbe ricomprendere qualsiasi tipo di ricovero 	1.10)	Si conferma che ricomprende tutti i ricoveri per i quali è stato necessario ricorrere alla terapia intensiva

Quesito n.2

	Quesito n.2		Risposta n. 2
	con la presente siamo a richiederVi		
2.1)	se, ai sensi del disciplinare pag. 14, intendete un servizio all'anno o tre servizi per ogni anno?	2.1)	Si conferma quanto indicato nel disciplinare
2.2)	Se la richiesta fosse di un unico servizio per ogni anno, è possibile	2.2)	La richiesta è di 3 servizi per 3 contraenti diversi nell'arco dei 3 anni

	Quesito n.2		Risposta n. 2
	indicare sempre il medesimo contraente?		

Quesito n.3

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla procedura in oggetto:		
3.1)	<p>. Si chiede l'indicazione dell'attuale Compagnia Assicurativa con la quale la Cassa Nazionale Previdenza e Assistenza Ragionieri e Periti commerciali gode della polizza sanitaria ed il relativo testo di polizza in corso.</p> <p>Se tali dettagli non fossero disponibili, si chiede di ricevere le eventuali differenze delle condizioni di polizza tra quelle contenute nel Capitolato in corso e quelle fornite da Capitolato Tecnico della copertura sanitaria disciplinata dalla presente gara.</p>	3.1)	<p>La Compagnia è Unisalute.</p> <p>Il testo della polizza in corso non è pubblicato sul sito web della Cnpr. La sintesi delle prestazioni della polizza sanitaria in corso è disponibili nel sito della CNPR, al link : https://www.unisalute.it/cnpr/documenti.html.</p>
3.2)	<p>Si chiede conferma che la copertura BASE operi obbligatoriamente in favore di:</p> <p>a. Iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare;</p> <p>b. Dipendenti della CNPR;</p> <p>Ed operi facoltativamente in favore di:</p> <p>c. Pensionati Iscritti alla CNPR;</p> <p>d. Tirocinanti preiscritti alla CNPR;</p> <p>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..</p> <p>In alternativa si chiede di fornire l'interpretazione corretta.</p> <p>Inoltre, si chiede conferma che la copertura base sia la medesima per tutte le categorie elencate sopra.</p>	3.2)	Si conferma

	Quesito n.3		Risposta n. 3
3.3)	<p>In riferimento alla copertura INTEGRATIVA, dal Capitolato tecnico, si evince che vi sono due Piani: LIGHT e TOP.</p> <p>In merito si chiede:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conferma che il piano integrativo LIGHT sia possibile attivarlo solo dopo aver aderito al piano BASE.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Conferma che il piano integrativo TOP sia possibile attivarlo solo dopo aver aderito al piano BASE ed al piano LIGHT.</p>	3.3)	Si conferma
3.4)	<p>. In riferimento ai piani integrativi LIGHT e TOP, si chiede conferma che operino e siano rivolti:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Obbligatoriamente in favore dei soli dipendenti di CNPR.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Facoltativamente in favore degli iscritti non titolari di pensione di vecchiaia, di anzianità, anticipata e supplementare, e loro familiari.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Facoltativamente in favore dei familiari dei dipendenti della CNPR.</p> <p>In alternativa si chiede di fornire l'interpretazione corretta.</p>	3.4)	Si conferma
3.5)	<p>. In riferimento al piano BASE, il premio annuo per ciascun singolo Assicurato, posto a base d'asta, pari a € 175,00, è da intendersi un premio riferito al solo Titolare single?</p> <p>Si chiede conferma che tale premio sia da intendersi annuo imponibile (al netto delle imposte).</p>	3.5)	Si conferma che il premio sia da intendersi imponibile e che sia riferito al solo titolare
3.6)	<p>. In riferimento al piano BASE relativo ai pensionati iscritti alla CNPR, si chiede conferma che il 50% del premio annuo (€ 175) sia a carico di CNPR e il restante 50% del premio annuo (€ 175) sia a carico del pensionato.</p> <p>In alternativa, si chiede di fornire l'interpretazione corretta.</p>	3.6)	Si conferma
3.7)	<p>. In riferimento ai premi dei piani Integrativi, dal capitolato tecnico, si evince la seguente struttura dei premi per persona in base all'età ed al piano integrativo:</p>	3.7)	<p>I premi in tabella sono da intendersi imponibili</p> <p>Sono riferiti a ciascun aderente – titolare o componente del nucleo – in relazione all'età dello stesso.</p> <p>Lo sconto del 30% per i figli da 13 a 18 anni si applica al premio della fascia 0-55.</p>

Quesito n.3		Risposta n. 3																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Premio per persona</th> <th colspan="2">PIANO INTEGRATIVO</th> </tr> <tr> <th>Fascia età</th> <th>LIGHT</th> <th>TOP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-55</td> <td>€ 480,00</td> <td>€ 1.050,00</td> </tr> <tr> <td>55-85</td> <td>€ 930,00</td> <td>€ 1.500,00</td> </tr> <tr> <td>Figli 0-12</td> <td>gratuiti</td> <td>gratuiti</td> </tr> <tr> <td>Figli 13-18</td> <td>sconto 30%</td> <td>sconto 30%</td> </tr> </tbody> </table> <p>In merito si chiede:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> se i premi indicati in tabella sono imponibili o al lordo delle imposte.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Se i premi indicati in tabella sono riferiti a ciascun assicurato Titolare single che intende aderire al piano LIGHT e TOP, in relazione all'età.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Se i premi indicati in tabella siano riferiti anche a ciascun componente del nucleo familiare che intenda aderire ai piani integrativi.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> lo sconto del 30% per i figli con età compresa tra 13 e 18 anni, su quale importo di premio si applica?</p> <p>Inoltre, nell'allegato 3 del Capitolato tecnico, si osserva quanto segue:</p> <p>“L'adesione da parte dei familiari è possibile solo previa estensione agli stessi del piano base, al premio di euro 470 per nucleo.”</p> <p>In merito, si chiede se tale premio per nucleo familiare è relativo solo ai piani integrativi LIGHT e TOP e che siano i medesimi per entrambi i piani.</p> <p>Inoltre, si chiede di specificare come tale premio per il nucleo familiare si sposa con i premi a persona indicati nella tabella sopra riportata.</p>		Premio per persona	PIANO INTEGRATIVO		Fascia età	LIGHT	TOP	0-55	€ 480,00	€ 1.050,00	55-85	€ 930,00	€ 1.500,00	Figli 0-12	gratuiti	gratuiti	Figli 13-18	sconto 30%	sconto 30%	<p>Il premio di 470 euro si riferisce alla sola estensione al nucleo del piano base.</p> <p>In caso di ulteriore adesione ai piani integrativi i relativi premi si sommeranno a quello del base</p>	
Premio per persona	PIANO INTEGRATIVO																				
Fascia età	LIGHT	TOP																			
0-55	€ 480,00	€ 1.050,00																			
55-85	€ 930,00	€ 1.500,00																			
Figli 0-12	gratuiti	gratuiti																			
Figli 13-18	sconto 30%	sconto 30%																			
3.8)	Di seguono si forniscono alcuni esempi sul funzionamento dei premi:.	3.8)	Esempio 1: dipendente anni 55: premio polizza base € 175 (a carico di CNPR)																		

Quesito n.3	Risposta n. 3
<p>Esempio 1: se un dipendente di età 55 anni aderisce alla polizza BASE + LIGHT con estensione al coniuge di età 55 anni e ad un figlio inferiore a 12 anni:</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per la polizza base sarà € 175 *3?</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per il piano integrativo light sarà € 480 + 470 (figlio premio gratuito)? Oppure sarà pari a € 480 + € 480 (premio a persona per il solo coniuge e premio per il figlio gratuito)?</p> <p>Esempio 2: se un dipendente aderisce alla polizza BASE + LIGHT con estensione al coniuge di età 55 anni e ad un figlio di 14 anni:</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per la polizza base sarà € 175 *3?</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per il piano integrativo light sarà pari a € 480 + € 470 (premio per estensione a nucleo)? Oppure sarà pari a € 480 + € 480 (premio a persona per il coniuge) + € 480 scontato del 30% per i figlio?</p> <p>Esempio 3: se un dipendente aderisce alla polizza BASE + LIGHT + TOP con estensione al coniuge di età 55 anni e ad un figlio di 14 anni:</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per la polizza base sarà € 175 *3?</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per il piano integrativo light sarà pari a € 480 + €470 (premio per estensione a nucleo)? Oppure sarà pari a € 480 (premio a persona per il titolare) + € 480 (premio a persona per il coniuge) + € 480 scontato del 30% per i figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> il premio per il piano integrativo top sarà pari a € 1.050 + €470 (premio per estensione a nucleo)? Oppure sarà pari a € 1.050 (premio a persona per il titolare) + € 1.050 (premio a persona per il coniuge) + € 480 scontato del 30% per i figlio?</p> <p><input type="checkbox"/> Aderendo ai 3 piani, base, light e top, i premi del titolare si sommano, ossia il titolare pagherebbe € 175 + € 480 + € 1.050? stesso funzionamento anche per il coniuge e figlio?</p> <p>In merito si chiede conferma dell'interpretazione riportata negli esempi.</p>	<p>estensione al coniuge di 55 anni e figlio minore di 12 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estensione base al nucleo € 470 - estensione piano light dip + nucleo: € 480 + € 480 <p>Esempio 2: dipendente anni 55: premio polizza base € 175 (a carico di CNPR) estensione al coniuge di 55 anni e figlio di 14 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estensione base al nucleo € 470 - estensione piano light dip + nucleo: € 480 + € 480 + 30% di 480 <p>Esempio 3: dipendente anni 55: premio polizza base € 175 (a carico di CNPR) estensione al coniuge di 55 anni e figlio di 14 anni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estensione base al nucleo € 470 <p>estensione piano light dip + nucleo: € 480 + € 480 + 30% di 480 estensione piano TOP dip + nucleo: € 1.050 + 1.050 + 30% di 1.050</p> <p>poiché l'estensione al piano top è possibile solo previa adesione al piano light i premi dovranno essere sommati.</p>

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	In alternativa, si chiede di fornirne l'interpretazione corretta.		
3.9)	Si chiede conferma che il valore complessivo a base d'asta pari a € € 21.569.625,00 su 5 anni (€ 4.313.925,00 annuo) sia da intendersi imponibile. Inoltre si chiede conferma che l'importo annuo per ciascun assicurato a base d'asta pari a € 175,00 sia l'unico soggetto a ribasso.	3.9)	Si confermano i valori.
3.10)	. Si chiede conferma il numero di assicurati da assicurare per le prossime annualità sia pari a 24.651, di cui 24.572 Iscritti alla cassa e 79 Dipendenti.	3.10)	Dato non disponibile trattandosi di una stima presunta.
3.11)	. Si chiede di fornire: <input checked="" type="checkbox"/> Il numero di assicurati (Iscritti alla cassa CNPR e dipendenti di CNPR) che hanno aderito alla polizza base nelle ultime tre annualità. <input checked="" type="checkbox"/> Il numero di assicurati (Iscritti alla cassa CNPR e dipendenti di CNPR) che si stima aderiranno alla polizza base nelle annualità future. <input checked="" type="checkbox"/> Il numero di assicurati (Iscritti alla cassa CNPR e dipendenti di CNPR) che hanno aderito alle polizze integrative LIGHT e TOP nelle ultime tre annualità. <input checked="" type="checkbox"/> Il numero di assicurati (Iscritti alla cassa CNPR e dipendenti di CNPR) che si stima aderiranno alle polizze integrative LIGHT e TOP nelle annualità future.	3.11)	Iscritti polizza base anno 2019: 25.150 Iscritti polizza base anno 2018: 25.526 Iscritti polizza base anno 2017: 25.701
3.12)	Si chiede di fornire: <input checked="" type="checkbox"/> La numerosità relativa ai componenti del nucleo familiare degli Iscritti alla cassa CNPR ed ai Dipendenti di CNPR che hanno aderito alla polizza base, nelle ultime tre annualità. <input checked="" type="checkbox"/> La numerosità relativa ai componenti del nucleo familiare degli Iscritti alla cassa CNPR ed ai Dipendenti di CNPR che si stima aderiranno alla polizza base nella annualità future. <input checked="" type="checkbox"/> La numerosità relativa ai componenti del nucleo familiare degli Iscritti alla cassa CNPR ed ai Dipendenti di CNPR che hanno aderito	3.12)	Adesione familiari dipendenti anno 2019 polizza base: n. 83 Adesione familiari dipendenti anno 2018 polizza base: n. 83 Adesione familiari dipendenti anno 2017 polizza base: n. 69

	Quesito n.3		Risposta n. 3																																												
	alle polizze integrative LIGHT e TOP nelle ultime tre annualità. <input checked="" type="checkbox"/> La numerosità relativa ai componenti del nucleo familiare degli Iscritti alla cassa CNPR ed ai Dipendenti di CNPR che si stima aderiranno alle polizze integrative LIGHT e TOP nelle annualità future.		Adesione familiari dipendenti anno 2019 polizza integrativa: n. 14 Adesione familiari dipendenti anno 2018 polizza integrativa: n. 12 Adesione familiari dipendenti anno 2017 polizza integrativa: n. 14																																												
3.13)	. Si chiede di fornire: <input checked="" type="checkbox"/> Il premio annuo relativo alla polizza base per ciascuna tipologia di assicurato in corso <input checked="" type="checkbox"/> Il premio annuo relativo alla polizza base per ciascuna tipologia di assicurato relative alle annualità precedenti. <input checked="" type="checkbox"/> I premi annui per le polizze integrative, riportati in tabella, <table border="1" data-bbox="235 702 913 917"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Premio per persona</th> <th colspan="2">PIANO INTEGRATIVO</th> </tr> <tr> <th>LIGHT</th> <th>TOP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fascia età</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>0-55</td> <td>€ 480,00</td> <td>€ 1.050,00</td> </tr> <tr> <td>55-85</td> <td>€ 930,00</td> <td>€ 1.500,00</td> </tr> <tr> <td>Figli 0-12</td> <td>gratuiti</td> <td>gratuiti</td> </tr> <tr> <td>Figli 13-18</td> <td>sconto 30%</td> <td>sconto 30%</td> </tr> </tbody> </table> Attualmente in corso e relativi alle annualità precedenti.	Premio per persona	PIANO INTEGRATIVO		LIGHT	TOP	Fascia età			0-55	€ 480,00	€ 1.050,00	55-85	€ 930,00	€ 1.500,00	Figli 0-12	gratuiti	gratuiti	Figli 13-18	sconto 30%	sconto 30%	3.13)	<table border="1" data-bbox="1209 478 1601 662"> <thead> <tr> <th colspan="2">PREMIO pacch 1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fino a 50 anni</td> <td>670 €</td> </tr> <tr> <td>Da 51 a 70 anni</td> <td>1.050 €</td> </tr> <tr> <td>Da 71 a 80 anni</td> <td>1.400 €</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1209 718 1601 877"> <thead> <tr> <th colspan="2">PREMIO pacch 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fino a 50 anni</td> <td>600 €</td> </tr> <tr> <td>Da 51 a 70 anni</td> <td>900 €</td> </tr> <tr> <td>Da 71 a 80 anni</td> <td>1.100 €</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="1209 933 1601 1093"> <thead> <tr> <th colspan="2">PREMIO pacch 1+2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fino a 50 anni</td> <td>1.145 €</td> </tr> <tr> <td>Da 51 a 70 anni</td> <td>1.755 €</td> </tr> <tr> <td>Da 71 a 80 anni</td> <td>2.250 €</td> </tr> </tbody> </table>	PREMIO pacch 1		Fino a 50 anni	670 €	Da 51 a 70 anni	1.050 €	Da 71 a 80 anni	1.400 €	PREMIO pacch 2		Fino a 50 anni	600 €	Da 51 a 70 anni	900 €	Da 71 a 80 anni	1.100 €	PREMIO pacch 1+2		Fino a 50 anni	1.145 €	Da 51 a 70 anni	1.755 €	Da 71 a 80 anni	2.250 €
Premio per persona	PIANO INTEGRATIVO																																														
	LIGHT	TOP																																													
Fascia età																																															
0-55	€ 480,00	€ 1.050,00																																													
55-85	€ 930,00	€ 1.500,00																																													
Figli 0-12	gratuiti	gratuiti																																													
Figli 13-18	sconto 30%	sconto 30%																																													
PREMIO pacch 1																																															
Fino a 50 anni	670 €																																														
Da 51 a 70 anni	1.050 €																																														
Da 71 a 80 anni	1.400 €																																														
PREMIO pacch 2																																															
Fino a 50 anni	600 €																																														
Da 51 a 70 anni	900 €																																														
Da 71 a 80 anni	1.100 €																																														
PREMIO pacch 1+2																																															
Fino a 50 anni	1.145 €																																														
Da 51 a 70 anni	1.755 €																																														
Da 71 a 80 anni	2.250 €																																														
3.14)	. Si chiede la data di decorrenza e di scadenza dell'attuale copertura in corso.	3.14)	La polizza decorre dal 1.1.2016 e scade il 31.12.2020																																												
3.15)	Si chiede se sia prevista l'intermediazione di un broker. In caso affermativo, si chiede di fornire la percentuale di provvigione che l'aggiudicatario dovrà da riconoscerli.	3.15)	Non è prevista l'intermediazione di un broker.																																												
3.16)	In riferimento all'allegato Allegato_num_10_PROSPETTI SINISTRI 2016 2017 2018 2019, si chiede: <input checked="" type="checkbox"/> Di indicare la data di aggiornamento dei dati riportati nelle tabelle	3.16)	I sinistri 2019 sono aggiornati al 31.01.2020. I sinistri fino al 2018 sono aggiornati al 31.12.2018.																																												

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	<p>a pagina 1, 2, 3 e 4.</p> <p><input type="checkbox"/> Se la statistica fornita sia riferita ai soli Iscritti alla cassa CNPR e ai Dipendenti di CNPR, ad eccezione dei familiari o se è comprensiva anche dei sinistri relativi ai componenti del nucleo familiare.</p> <p><input type="checkbox"/> In merito alla statistica della polizza integrativa, si chiede conferma che siano compresi i sinistri relativi sia alla polizza integrativa LIGHT che TOP.</p> <p><input type="checkbox"/> In merito alla statistica della polizza integrativa, si chiede se sia riferita ai soli Iscritti alla cassa CNPR e ai Dipendenti di CNPR, ad eccezione dei familiari o se è comprensiva anche dei sinistri relativi ai componenti del nucleo familiare.</p> <p><input type="checkbox"/> di fornire il premio complessivo annuo lordo per le annualità 2016 – 2017 – 2018 – 2019 – 2020.</p> <p><input type="checkbox"/> Di fornire il motivo per cui sono riportate più tabelle riferite al piano Base e al piano integrativo per le medesime annualità (pag 1 e 3 piano base anno 2018 e pag 2 e 4 piano integrativo 2018).</p>		<p>Le statistiche sono cumulative per Iscritti, dipendenti e familiari</p> <p>La statistica comprende i Piani integrativi che sono tuttavia diversi dai piani Light e Top</p>
3.17)	<p>Si chiede, se disponibile, di fornire la statistica sinistri della sola polizza BASE, distinta per ciascuna garanzia, distinti tra sinistri erogati presso strutture convenzionate, sinistri rimborsati in regime rimborsuale presso strutture non convenzionate e sinistri rimborsati mediante tickets sanitari, distinta per Titolare e nucleo familiare e relativamente alle ultime 3 annualità.</p> <p>Inoltre, si chiede di fornire il premio complessivo annuo lordo per le annualità 2016 – 2017 – 2018 – 2019 – _____ 2020.</p>	3.17)	<p>Dettaglio evidenziato nell'allegato “prospetto sinistri 2016-2017-2018-2019”.</p> <p>Premio 2019: euro 3.391.254 Premio 2018: euro 3.672.186 Premio 2017: euro 3.372.228 Premio 2016: euro 3.433.503</p>
3.18)	<p>Si chiede, se disponibile, di fornire la statistica sinistri della sola polizza Integrativa LIGHT, distinta per ciascuna garanzia, distinti tra sinistri erogati presso strutture convenzionate, sinistri rimborsati in regime rimborsuale presso strutture non convenzionate e sinistri rimborsati mediante tickets sanitari, distinta per Titolare e nucleo familiare e relativamente alle ultime 3 annualità.</p>	3.18)	<p>Non si dispone di questi dati</p>

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	Inoltre, si chiede di fornire il premio complessivo annuo lordo per le annualità 2016 – 2017 – 2018 – 2019 – 2020.		
3.19)	Si chiede, se disponibile, di fornire la statistica sinistri della sola polizza Integrativa TOP, distinta per ciascuna garanzia, distinti tra sinistri erogati presso strutture convenzionate, sinistri rimborsati in regime rimborsuale presso strutture non convenzionate e sinistri rimborsati mediante tickets sanitari, distinta per Titolare e nucleo familiare e relativamente alle ultime 3 annualità. Inoltre, si chiede di fornire il premio complessivo annuo lordo per le annualità 2016 – 2017 – 2018 – 2019 – 2020.	3.19)	Non si dispone di questi dati
3.20)	. In riferimento alla scheda di offerta economica, si chiede conferma che bisognerà indicare il premio annuo imponibile ribassato che si intende offrire rispetto a quanto posto a base di gara (pari a euro 175,00 premio annuo pro-capite), arrotondato a 3 cifre decimali.	3.20)	Si conferma quanto richiesto.
3.21)	. In merito alla miglioria numero 10, riportata a pagina 25 del Disciplinare di gara, si fa riferimento al limite di rimborso al pacchetto maternità (art. 2, comma 12 del Capitolato tecnico) ed è indicato che per un ammontare pari a € 300,00 verranno attribuiti 0. Tuttavia, nell'art. 2 comma 12 – Pacchetto Maternità nel Capitolato è indicato massimale pari a € 1.000. Si chiede conferma che si tratti di un refuso e che quindi ad offerte pari a € 1.000 si attribuirà punteggio pari a 0.	3.21)	Si conferma che si tratta di un refuso. Ad offerte pari a € 1.000 si attribuirà punteggio zero
3.22)	. Con riferimento al requisito della Cassa di Assistenza indicato a pag. 13 del disciplinare di gara dell'essere iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, si chiede conferma che tale requisito si intenda soddisfatto se la Cassa possieda l'attestazione di iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari del 2019 e abbia presentato la richiesta di rinnovo dell'iscrizione per l'anno 2020. Si chiede inoltre conferma che	3.22)	Si conferma

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	l'indicazione della Cassa di Assistenza debba essere effettuata nell'Istanza di partecipazione		
3.23)	A pag. 13 dl disciplinare si prevede che ai fini delle adesioni ai piani integrativi, le prestazioni dovranno essere rese attraverso una Società di Mutuo Soccorso. La Società di Mutuo Soccorso sarà indicata dal concorrente? In caso affermativo, l'indicazione della Società di Mutuo Soccorso deve essere effettuata nell'Istanza di partecipazione?	3.23)	Si conferma
3.24)	Si chiede conferma che non trovi applicazione la norma sull'indicazione della terna di subappaltatori in quanto il comma 6 dell'art. 105 del Codice Appalti è sospeso fino al 31 dicembre 2020 in virtù del decreto-legge n. 32/2019, convertito dalla legge n. 55/2019 e che pertanto il concorrente debba indicare, in caso di ricorso al subappalto, nel proprio DGUE solo un nominativo del subappaltatore.	3.24)	Si conferma
3.25)	Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo.	3.25)	Si conferma
3.26)	Si chiede conferma che in caso di ricorso all'istituto del subappalto, nell'offerta economica debbano essere inseriti i soli costi della manodopera e della sicurezza della Compagnia concorrente e non quelli del subappaltatore, da intendersi già assorbiti nel corrispettivo che sarà dovuto in virtù del contratto di subappalto.	3.26)	Si conferma
3.27)	. Si chiede conferma che per la comprova dei servizi analoghi di cui al punto (ii) capacità tecniche e professionali di pag. 14 del disciplinare si possano fornire copia firmata dei certificati di polizza recanti emessi dalla Compagnia l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e della durata della copertura.	3.27)	Si conferma
3.28)	. Si chiede conferma se il Disciplinare, il Capitolato speciale e relativi allegati e la bozza di contratto, in alternativa ad essere sottoscritti in	3.28)	I documenti possono essere firmati digitalmente dal legale rappresentante del concorrente

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	ogni pagina, possano essere firmati digitalmente dal legale rappresentante del concorrente.		
3.29)	Si chiede conferma che nella busta “Offerta Tecnica” vada inserito il Modello compilato di cui allegato 5 corredato da una relazione redatta sulla base della tabella dei criteri di valutazione indicati da pag. 23 a pag. 26 del disciplinare di gara. Si chiede conferma che tale relazione debba rispettare complessivamente un massimo di 4 cartelle, formato A4 e un massimo di 30 righe a cartella o se tali limitazioni si riferiscano solo alla descrizione delle prestazioni aggiuntive di cui all’ultimo box della scheda dei criteri di valutazione.	3.29)	Si conferma
3.30)	. Si chiede conferma che la relazione tecnica debba avere un limite massimo di 4 cartelle. Si chiede conferma che per “cartella” si intenda una facciata di pagina (per cui la relazione potrà essere al massimo di 4 facciate).	3.30)	Si conferma
3.31)	Si chiede conferma che, ai fini dell’indicazione del numero complessivo dei centri diagnostici convenzionati da indicare nel box n. 3 dell’Offerta Tecnica, si possano considerare anche i poliambulatori, i laboratori ed i centri di fisioterapia.	3.31)	Si conferma
3.32)	Nello schema di contratto si parla di “fattura elettronica”. Si segnala che la compagnia non emette fatture ma certificati di polizza/quietanze/appendici di regolazione di rinnovo, si chiede conferma che in caso di aggiudicazione l’art. 6 dello Schema di contratto possa essere opportunamente rimodulato al fine di adattarne il contenuto alle caratteristiche proprie del soggetto aggiudicatario.	3.32)	Si conferma
3.33)	All’art. 10 – Riservatezza dei dati dello Schema di contratto si prevede che l’aggiudicatario sarà nominato “Responsabile del trattamento”. La scrivente impresa di assicurazione ritiene che la nomina a “Responsabile del trattamento” (rif. Regolamento UE n. 2016/679)	3.33)	La nomina del ‘responsabile del trattamento’ e ‘titolare del trattamento’ avverrà in conformità a quanto previsto dalla normativa in materia.

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	<p>non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati.</p> <p>Considerando infatti che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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</p>		

	Quesito n.3		Risposta n. 3
	trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena assicurativa, doc. web n. 1410057)".		

Quesito n.4

	Quesito n.4		Risposta n. 4
	siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti ulteriori richieste di chiarimento in relazione alla procedura in oggetto:		
4.1)	<p>Il paragrafo 2 dell'articolo 2 del Capitolato è dedicato alla garanzia LTC (Long Term Care). Qui si legge, tra le altre: "All'Assicurato in stato di non autosufficienza deve essere corrisposta una prestazione monetaria di euro 1.200,00 (milleduecento/00) mensili, per un periodo di 72 (settantadue) mesi" e "Nel caso in cui ricorra lo stato di non autosufficienza, la garanzia, nelle modalità sopraindicate, rimane operante indipendentemente dalla data di scadenza del contratto, per il periodo di 72 mesi".</p> <p>Si chiede conferma circa la corretta interpretazione dell'operatività della suddetta garanzia, ossia che l'importo di euro 1.200,00 non vada corrisposto per un periodo di 72 mesi ma fino ad un massimo di 72 mesi, a condizione che in questo periodo permanga lo stato di non autosufficienza a carico dell'Assicurato, il cui venir meno prima dei 72 mesi giustificerebbe l'interruzione del pagamento della somma o, se accertato in un momento successivo, il legittimo recupero delle somme eventualmente erogate per i mesi in cui lo stato di non autosufficienza non sussisteva più.</p>	4.1)	Si conferma
4.2)	All'art. 23 (Garanzie accessorie) del Capitolato, a pag. 13 si trova la frase "All'estero" evidenziata in grassetto, come se fosse l'inizio di un paragrafo. Si chiede se il riferimento all'estero valga con riferimento a	4.2)	Si conferma

	Quesito n.4		Risposta n. 4
	tutti i servizi di seguito elencati (Viaggio di un familiare all'estero; Pareri medici; Informazioni sulla degenza; Trasmissione messaggi urgenti) oppure solo con riferimento al primo (Viaggio di un familiare all'estero).		
4.3)	All'articolo 23 (Garanzie accessorie), del Capitolato, nel servizio "Viaggio di un familiare all'estero" viene fatta menzione dell'estero solamente nel titolo del paragrafo, ma non nel relativo testo. Si chiede conferma che l'acquisto del biglietto aereo o ferroviario per un familiare dell'Assicurato è previsto nel solo caso in cui il ricovero di quest'ultimo avvenga in un Istituto di cura localizzato al di fuori dell'Italia.	4.3)	Si conferma

Quesito n.5

	Quesito n.5		Risposta n. 5
	si chiede conferma che		
5.1)	l'Allegato 4 non vada presentato se l'analoga dichiarazione sulle cause di esclusione di cui all'articolo 80 del decreto legislativo 18 aprile 2016 n.50 vien resa dal legale rappresentante sottoscrittore della documentazione di gara anche per conto degli altri soggetti di cui all'art. 80, comma 3, all'interno dell'Allegato 3 - Domanda di partecipazione.	5.1)	Si conferma

Quesito n.6

	Quesito n.6		Risposta n. 6

	Quesito n.6		Risposta n. 6
6.1)	si segnala che al seguente link https://ec.europa.eu/tool/espdp/filter?lang=it indicato a pag. 19 del disciplinare di gara per la compilazione del DGUE risulta che "Il contenuto che stai cercando è stato spostato". Si chiede se sia possibile fornire il link aggiornato ove reperire il DGUE o se, in mancanza, si possa compilare quello in pdf allegato alla documentazione di gara.	6.1)	Si può compilare il file pdf allegato alla documentazione di gara

Quesito n.7

	Quesito n.7		Risposta n. 7
	in riferimento alla procedura in oggetto, siamo a richiedere gentile riscontro ai seguenti chiarimenti:		
7.1)	Sinistri della copertura "base" divisi tra richiesto, riservato e pagato degli ultimi 4 anni (2016/2017/2018/2019) dettagliati per garanzia e per categorie assicurate (caponucleo e familiare) e suddivisi tra prestazioni in forma diretta e indiretta (fac simile tabella 4 del capitolato).	7.1)	Vedi risposta quesito n. 1
7.2)	Sinistri delle coperture "integrative light e plus" divisi tra richiesto, riservato e pagato degli ultimi 4 anni (2016/2017/2018/2019) dettagliati per garanzia e per categorie assicurate (iscritti, dipendenti, pensionati, tirocinanti, famigliari) e suddivisi tra prestazioni in forma diretta e indiretta (fac simile tabella 4 del capitolato).	7.2)	Vedi risposta quesito n. 1
7.3)	premio in corso e premi delle annualità precedenti base, light e top per gli anni 2016/2017/2018/2019.	7.3)	Vedi risposta quesito n. 1
7.4)	Fornire sinistri RICOVERO suddivisi tra GIC e GEM per tutti gli anni dei	7.4)	Vedi risposta quesito n. 1

	Quesito n.7		Risposta n. 7
	sinistri pubblicati;		
7.5)	precisare la data d'osservazione dei sinistri pubblicati e se le tabelle 2028 che si ripetono riguardano i sinistri aggiornati a date più recenti e se si precisare la data.	7.5)	Vedi risposta quesito n. 1
7.6)	numero degli iscritti alla CNPR e dei dipendenti della CNPR suddivisi per ciascun anno dei sinistri richiesti (2016/2017/2018/2019).	7.6)	Vedi risposta quesito n. 1
7.7)	numero degli iscritti alla CNPR, dei dipendenti della CNPR, dei pensionati, tirocinanti e nucleo familiare che hanno aderito alle coperture integrative light e plus suddivisi per ciascun anno dei sinistri richiesti (2016/2017/2018/2019)	7.7)	Vedi risposta quesito n. 1
7.8)	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.	7.8)	Vedi risposta quesito n. 1
7.9)	Indicare se negli anni 2016/2017/2018/2019 c'è stata retrocessione degli utili da parte della Compagnia e se si in quali anni.	7.9)	Vedi risposta quesito n. 1
7.10)	Riguardo al punto 0 della lista dei GEM dove si indica "tutti i ricoveri in terapia intensiva" vi chiediamo di darci delucidazioni in quanto, tale definizione, sembrerebbe ricomprendere qualsiasi tipo di ricovero.	7.10)	Vedi risposta quesito n. 1

Quesito n.8

	Quesito n.8		Risposta n. 8
	Con riferimento alla gara in oggetto e a quanto previsto dal Disciplinare di gara, si richiedono i seguenti chiarimenti:		

	Quesito n.8		Risposta n. 8
8.1)	<p>1) In relazione alla statistica sinistri fornita si richiede di poter disporre del seguente livello di dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per ciascuna annualità indicazione del numero dei sinistri e del relativo importo, suddivisi tra sinistri liquidati, riservati e senza seguito, generato dalle singole categorie assicurate (iscritti/dipendenti, familiari, pensionati, tirocinanti) sia per la copertura base che per le integrative; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Per ciascuna annualità indicazione del numero di assicurati per ogni categoria (iscritti/dipendenti, familiari, pensionati, tirocinanti) sia per la copertura base che per le integrative; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - In riferimento alla prestazione "Indennità sostitutiva", indicazione del numero sinistri relativo ai Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi per ciascuna annualità e categoria; <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Per l'anno 2018 sono fornite, sia per il Piano Base che per i Piani Integrativi, due statistiche sinistri. Si richiede di indicare in cosa differiscono le due tabelle. 	8.1)	<p>Dettaglio evidenziato nell'allegato "prospetto sinistri 2016-2017-2018-2019"</p> <hr/> <p>Non si dispone di tali dati</p> <hr/> <p>Dettaglio evidenziato nell'allegato "prospetto sinistri 2016-2017-2018-2019"</p> <hr/> <p>La prima tabella riportava dati aggiornati al 30.09.2018; la seconda tabella riportava dati aggiornati al 31.12.2018</p>
8.2)	<p>2) In relazione alle categorie per cui è prevista adesione facoltativa, si richiede conferma che il premio per l'estensione al nucleo degli iscritti non sia soggetto a ribasso. Per le categorie pensionati e tirocinanti il premio possa essere liberamente determinato dalla Compagnia offerente non essendo indicato nella documentazione di gara, così come attualmente in corso.</p>	8.2)	<p>Si conferma che i premi relativi alle opzioni ad adesioni non sono soggetti a ribasso. Per i pensionati e tirocinanti il premio deve essere concordato con la compagnia aggiudicataria.</p>

	Quesito n.8		Risposta n. 8
8.3)	3) In relazione alla prestazione Long Term Care di cui all'articolo 2, punto 4, del Capitolato di cui all'allegato 2 della documentazione di gara, si chiede conferma che la stessa sia da intendersi operante esclusivamente in caso di malattia diagnosticata successivamente all'operatività del contratto o in caso di infortunio avvenuto successivamente all'operatività del contratto in linea con quanto previsto dalla copertura UNISALUTE vedi Guida al Piano Sanitario Base, edizione Dicembre 2019, presente sul sito della CNPR, all'Articolo 6.24 e relativi sottopunti, pagina 35.	8.3)	Si conferma
8.4)	4) Si richiede conferma che per la garanzia ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso del piano base sia applicato uno scoperto pari al 25% per i ricoveri fuori network come in corso sull'attuale copertura.	8.4)	Si conferma

Quesito n.9

	Quesito n.9		Risposta n. 9
	in riferimento alla gara in oggetto si richiede gentilmente,		
9.1)	ai fini della compilazione del DGUE, il documento in formato XML.	9.1)	Non disponibile

Quesito n.10

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	in relazione alla gara in oggetto, al fine di avere informazioni utili per la partecipazione alla gara, chiediamo di voler cortesemente fornire i seguenti chiarimenti:		
10.1)	OFFERTA TECNICA	10.1)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	<p>1. A pag. 20 del Disciplinare, art. 8.2 “Contenuto della busta “B” – “Offerta Tecnica””, si legge: “La busta “B” dovrà contenere l’Offerta Tecnica, da redigere in conformità al Modello di cui all’Allegato 5, in cui il concorrente dovrà indicare gli elementi che saranno valutati secondo i punteggi descritti successivamente”. Poiché i punteggi vengono descritti nella tabella alle pagg. 23-26 del Disciplinare, si chiede conferma che si possa integrare il modello di offerta tecnica (allegato 5) con la sopracitata tabella.</p>		
10.2)	<p>OFFERTA ECONOMICA</p> <p>2. A pag. 2 si legge: “La Società formula la propria offerta economica pari all’importo del premio imponibile pro capite annuo, inferiore rispetto a quanto posto a base di gara (pari a euro 175,00 (centosettantacinque/00)/anno pro capite, oltre imposte di assicurazione)”. Si chiede conferma che il premio a base d’asta pari a 175,00 € sia un premio imponibile, cioè che non comprenda oneri fiscali e imposte. Analogamente si chiede conferma che siano premi imponibili anche quelli per i piani integrativi light e top riportati nelle tabelle a pag. 25 ALLEGATO 3 del Capitolato.</p>	10.2)	Si conferma
10.3)	<p>DISCIPLINARE</p> <p>3. all’art. 8.1, punti e), g), h) e i), agli artt. 8.2 e 8.3 nonché nei modelli di Offerta Tecnica e di Offerta Economica si legge “sottoscritto in calce per esteso”, “firmato per accettazione in ogni pagina” e “siglata in ogni sua pagina e sottoscritta in calce con firma leggibile”. Si chiede conferma che la tutta la documentazione da presentare in sede di offerta possa, in alternativa, essere sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante del concorrente.</p>	10.3)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
10.4)	<p>4. A pag. 24 criterio 5 della tabella per la valutazione dell'offerta tecnica si legge: "Il punteggio verrà attribuito in relazione al numero dei medici con la seguente formula: $R = 3xN/$".</p> <p>Si chiede conferma che manchi un elemento della formula e che, analogamente a quanto previsto per i criteri precedenti, la versione corretta della formula sia "$R = 3xN/N_{max}$", dove "N" è il numero dei medici indicato nell'offerta, "N_{max}" è il più alto numero di medici indicato nelle offerte e "R" è il punteggio attribuito.</p> <p>Anche per il criterio 9 a pag. 25 si chiede conferma che la versione corretta della formula sia "$R = 3xN/N_{max}$", dove "N" è l'ammontare indicato nell'offerta, "N_{max}" è il più alto ammontare indicato nelle offerte e "R" è il punteggio attribuito.</p>	10.4)	Si conferma
10.5)	<p>5. A pag. 24 criterio 6 della tabella per la valutazione dell'offerta tecnica si legge: "Il punteggio verrà attribuito in relazione al numero dei giorni con la seguente formula: $R = 4xN_{min} N$".</p> <p>Si chiede conferma che manchi un segno nella formula e che la versione corretta della formula sia "$R = 4xN_{min}/N$", dove "N" è il numero dei giorni indicato nell'offerta, "N_{min}" è il più basso numero di giorni indicato nelle offerte e "R" è il punteggio attribuito.</p>	10.5)	Si conferma
10.6)	<p>6. A pag. 25 criterio 9 della tabella per la valutazione dell'offerta tecnica si legge: "il punteggio verrà attribuito in relazione all'ammontare del massimale assicurato con la seguente formula (all'ammontare pari a euro 300,00 verranno attribuiti 0 punti): $R = 3xN/N_{max}$, dove N = ammontare indicato nell'offerta, N_{max} = il più alto ammontare indicato nelle offerte R = punteggio attribuito".</p> <p>Si osserva che, nel caso in cui un concorrente offrisse un massimale illimitato o sproporzionatamente alto, l'attribuzione del punteggio verrebbe alterata artificialmente.</p> <p>Ad esempio se il concorrente A offrisse massimale pari a 2.000.000</p>	10.6)	Si conferma quanto indicato nel disciplinare.

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	<p>€ e il concorrente B offrisse un massimale pari a 2.000 €, il primo avrebbe punteggio 3 e il secondo avrebbe punteggio 0,003, nonostante il mancato rispetto del principio di proporzionalità della miglioria offerta dal concorrente A rispetto all'oggetto delle prestazioni specifiche. Per evitare quindi che vengano presentate offerte del tutto estranee alle logiche di mercato per il settore oggetto di gara, si chiede all'Ente di fornire un limite massimo per il massimale da offrire nel criterio 9.</p> <p>Lo stesso vale per il criterio 10 della stessa tabella per la valutazione dell'offerta tecnica.</p>		
10.7)	<p>7. A pag. 25 criterio 9 della tabella per la valutazione dell'offerta tecnica si legge: "Massimale individuale di cui all'articolo 2, comma 13 (Fisioterapia da Infortunio), del Capitolato Speciale d'Appalto". Poiché a pag. 7 del CSA all'art. 2 comma 13 per la garanzia "Fisioterapia da infortunio" è indicato un massimale "per assicurato o nucleo familiare", si chiede conferma che la dicitura "individuale" soprariportata rappresenti un refuso.</p>	10.7)	Si conferma che il massimale sarà anche per nucleo in caso di adesione del nucleo
10.8)	<p>8. A pag. 25 criterio 10 della tabella per la valutazione dell'offerta tecnica si legge: "Limite rimborso relativo al Pacchetto maternità di cui all'art. 2 comma 12 del Capitolato Speciale d'Appalto. Il punteggio verrà attribuito in relazione all'ammontare della retta con la seguente formula (all'ammontare pari a euro 300,00 verranno attribuiti 0 punti)".</p> <p>All'art. 2 comma 12 del Capitolato si legge: "La compagnia dovrà rimborsare le spese sostenute per ecografie, amniocentesi, analisi del sangue e visite ginecologiche per il monitoraggio della gravidanza fino ad un massimale che non potrà essere inferiore a euro 1.000 (mille/00)".</p> <p>Si chiede conferma che il riferimento a una "retta" sia un refuso e che l'importo dei 300,00€ vada sostituito con quello minimo a base</p>	10.8)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	d'asta di 1.000,00€. Nel criterio 10 quindi la frase soprariportata verrà riformulata nel seguente modo: "Limite rimborso relativo al Pacchetto maternità di cui all'art. 2 comma 12 del Capitolato Speciale d'Appalto. Il punteggio verrà attribuito in relazione all'ammontare del massimale assicurato con la seguente formula (all'ammontare pari a euro 1.000,00 verranno attribuiti 0 punti)".		
10.9)	<p>CAPITOLATO</p> <p>9. Relativamente alla garanzia 1.A) "Grandi interventi chirurgici (GIC) e Gravi eventi morbosi (GEM)" (art. 2 comma 1 pag. 3), poiché non vengono indicate le modalità di erogazione delle prestazioni, si chiede conferma che, analogamente a quanto previsto nel piano in corso UNISALUTE (vedi Guida Piano Base, edizione Dicembre 2019, presente sul sito della CNPR, all'Articolo 6.1 "Ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico o grave evento morboso" pag. 20), valgano le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'iscritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevede specifici limiti. - In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25%, ad eccezione delle coperture "Retta di degenza", "Accompagnatore" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti. - In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici non convenzionati, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale con l'applicazione dello scoperto previsto per il ricovero in strutture non 	10.9)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	convenzionate.		
10.10)	10. In relazione alla garanzia Long Term Care di cui all'articolo 2 comma 2 pag. 4, si chiede conferma che per essa valgano le stesse condizioni previste dalla copertura in corso riportate nella Guida Piano Base edizione Dicembre 2019, presente sul sito della CNPR, agli Articoli 6 "Le prestazioni del piano sanitario" (pag. 18) e 6.24 "Long Term Care permanente" (pag. 35 e seguenti), punti 6.24.1/2/3/4/5/7/8.	10.10)	Si conferma
10.11)	11. Relativamente alla garanzia "PREVENZIONE ODONTOIATRICA" a pag. 6 art. 2 comma 4 e alla garanzia "PREVENZIONE" a pag. 6 art. 2 comma 7, si chiede conferma che per esse valgano le stesse condizioni previste dalla copertura in corso, cioè siano erogabili solo presso strutture convenzionate una volta l'anno (come riportato nella Guida Piano Base, edizione Dicembre 2019, presente sul sito della CNPR, art. 6.19 "Prevenzione odontoiatrica" pag. 30 e art. 6.20 "Prevenzione (check up)" pag. 31).	10.11)	Si conferma
10.12)	12. Relativamente alla garanzia "Pacchetto maternità" a pag. 7 art. 2 comma 12, si chiede conferma che il massimale pari a 1.000 € sia da intendersi per anno e per nucleo.	10.12)	Si conferma
10.13)	13. Con riferimento alla garanzia "Critical Illness" a pag. 7 art. 2 comma 9 e al punto 11 della griglia dei criteri di valutazione a pagina 24 del Disciplinare, si chiede conferma che l'indennità si intende 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 indennizzati dalla Società ai sensi della presente garanzia. Si chiede inoltre conferma che si intendono escluse le condizioni conseguenti a patologie e infortuni pregressi.	10.13)	Si conferma
10.14)	14. Con riferimento alla garanzia "Critical Illness" a pag. 7 art. 2 comma 9 e al punto 11 della griglia dei criteri di valutazione a pagina 24 del Disciplinare, al fine di evitare contestazioni, si chiede	10.14)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	<p>se possibile accettare le seguenti definizioni di patologie e condizioni da accertare dietro presentazione di idonea documentazione clinica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI: si intende l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di organi o tessuti di un altro 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. - CANCRO: in questa categoria sono ricomprese le neoplasie sia solide che liquide comportanti la crescita, invasione e diffusione incontrollata in organi o tessuti sani da parte di cellule con 		

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	<p>caratteristiche di malignità. Sono espressamente esclusi i tumori risultanti “in situ” ed i tumori della pelle con esclusiva diffusione superficiale diversi dal melanoma.</p> <p>- INFARTO MIOCARDICO: si intende un evento acuto che comporti la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco quale conseguenza di una alterazione acuta dell’irrorazione sanguigna del muscolo stesso. Viene espressamente esclusa da tale definizione l’angina.</p> <p>- ICTUS: si intende un danno neurologico permanente per compromissione della fisiologica perfusione ematica delle strutture nervose del sistema nervoso centrale. In tale definizione sono specificamente esclusi gli attacchi ischemici transitori.</p>		
10.15)	<p>15. A pagina 11 all’articolo 23 “Clausola di partecipazione agli utili” si legge “(...) Ogni anno, (...), la Compagnia dovrà calcolare l’importo dell’eventuale partecipazione agli utili (...) come segue: ATTIVO: il 70% dei premi netti pagati dalla Cnpr (...) PASSIVO: i sinistri erogati e riservati dalla compagnia nel periodo annuo (...)”.</p> <p>Si chiede conferma che al passivo non debbano essere considerati i soli sinistri erogati e riservati dalla compagnia nell’annualità a cui il calcolo della partecipazione agli utili si riferisce (nel periodo annuo) bensì anche quelli erogati e riservati successivamente purché di competenza dell’annualità a cui la partecipazione agli utili si riferisce. Proponiamo pertanto di modificare l’articolo nel modo seguente: “(...) Ogni anno, (...), la Compagnia dovrà calcolare l’importo dell’eventuale partecipazione agli utili (...) come segue: ATTIVO: il 70% dei premi netti pagati dalla Cnpr (...) PASSIVO: i sinistri erogati e riservati dalla compagnia relativi al periodo annuo (...)”.</p>	10.15)	Si conferma
10.16)	16. A pag. 12 art. 22 si legge: “Qualora il rapporto tra PASSIVO e	10.16)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	ATTIVO sia inferiore al 100%, la Compagnia dovrà retrocedere alla Cnpr il 35% degli utili". Si chiede conferma che per "utili" si intenda la differenza tra attivo e passivo, così come definiti nell'articolo in oggetto.		
10.17)	17. A pag. 20 ALLEGATO 3 si legge: "L'adesione da parte dei familiari è possibile solo previa estensione agli stessi del piano base, al premio di euro 470 per nucleo". Si chiede conferma che, analogamente al premio a base d'asta di 175,00 €, anche il premio di 470,00 € sia da intendersi imponibile. Si chiede inoltre conferma che il nucleo familiare a cui è possibile estendere la copertura dei piani integrativi sia lo stesso definito a pag. 2 per la copertura base, ossia "Il coniuge, il convivente more uxorio e i figli risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato".	10.17)	Si conferma
10.18)	18. A pag. 22 ALLEGATO 3 si chiede conferma che nella garanzia "LENTI" del PIANO LIGHT la franchigia pari a € 30 si applichi per fattura/persona.	10.18)	Si conferma
10.19)	19. Analogamente a quanto previsto dalle coperture in corso, si chiede conferma che per le garanzie di "ALTA SPECIALIZZAZIONE" del piano base (pag. 5 art. 2 comma 3), di "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Network e Ticket SSN)" del piano light (pag. 23 ALLEGATO 3) e di "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI FUORI NETWORK" del piano top (pag. 23 ALLEGATO 3), franchigie, scoperti e minimi non indennizzabili siano da intendersi per prestazione nel caso di accertamento diagnostico o visita specialistica, e per ciclo di terapia nel caso di terapie.	10.19)	Si conferma
10.20)	20. A pag. 23 ALLEGATO 3 nella garanzia "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI" del PIANO LIGHT si legge: "Nel caso in cui la provincia relativa alla dimora dell'Assicurato risulti non coperta dalla rete convenzionata, l'Assicurato potrà richiedere alla	10.20)	Si conferma

	Quesito n.10		Risposta n. 10
	Compagnia l'autorizzazione ad effettuare la prestazione fuori rete". Si chiede conferma che in caso di provincia scoperta, la Compagnia sarà tenuta al rimborso della prestazione effettuata in struttura non convenzionata con gli stessi limiti previsti per le strutture convenzionate. La stessa domanda vale per la garanzia "CURE ODONTOIATRICHE" del PIANO TOP a pag. 24.		
10.21)	21. Si chiede conferma che i premi indicati a pag. 25 per il PIANO TOP siano aggiuntivi a quelli indicati per il PIANO LIGHT. Ad esempio un iscritto di 50 anni che voglia fruire delle garanzie del piano top dovrà pagare sia i 480€ per l'adesione al piano light, sia i 1.050€ per l'adesione al piano top, per un totale di 1.530€. Si chiede conferma dell'interpretazione.	10.21)	Si conferma
10.22)	22. Nella tabella a pag. 24 per le cure odontoiatriche in strutture convenzionate del PIANO TOP si legge "Rimborso IN NETWORK". Si chiede conferma che si tratti di refuso, in quanto le prestazioni in strutture convenzionate verranno liquidate direttamente dalla Società alla struttura convenzionata, sempre secondo le percentuali indicate in tabella.	10.22)	Si conferma
10.23)	23. A pag. 25, sia per il PIANO LIGHT che per il PIANO TOP, si legge: "FIGLI DA 13 A 18 ANNI SCONTO 30%". Si chiede conferma che lo sconto del 30% sia da applicarsi al rispettivo premio per persona "fino a 55 anni", e che quindi i premi siano: - 336 € per i figli 13-18 anni per il PIANO LIGHT (corrispondente a 480 € scontato del 30%) - 735 € per i figli 13-18 anni per il PIANO TOP (corrispondente a 1.050 € scontato del 30%)	10.23)	Si conferma

Quesito n.11

	Quesito n.11		Risposta n. 11
	in relazione alla procedura in oggetto siamo cortesemente a richiedere i seguenti chiarimenti:		
11.1)	1. Nel file relativo alla statistica sinistri rileviamo che per l'anno 2018 sia per il piano base che per quello integrativo vengono riportati due prospetti che hanno dati diversi. Infatti, per il piano base è indicato a pag. 1 il primo prospetto anno 2018 e a pag. 3 un altro con dati diversi; per il piano integrativo i prospetti per il 2018 sono riportati a pag. 2 e a pag. 4. Si richiedono pertanto delucidazioni in merito e quale dei due prospetti per l'anno 2018 è da considerare. Oppure se i dati delle due tabelle sono da considerarsi un'evoluzione e pertanto si riferiscono ad una "vista" temporale diversa.	11.1)	I dati delle due tabelle sono da considerarsi un'evoluzione e pertanto si riferiscono ad una "vista" temporale diversa
11.2)	2. Si richiede la statistica sinistri per l'anno 2019 aggiornata almeno al 30/6/2020	11.2)	Dati non disponibili
11.3)	3. Relativamente al dato sinistri della garanzia LTC chiediamo chiarimenti in merito alle modalità di liquidazione. Nello specifico rileviamo che per l'anno 2016 i 3 sinistri dichiarati sono stati liquidati per un importo complessivo di € 259.200 riferito a: € 1.200 euro prestazione monetaria x 72 mesi x 3 sinistri; mentre nell'anno 2017 a fronte di due sinistri denunciati l'importo liquidato risulta pari a € 96.120 calcolo diverso da quello sopra riportato. Chiediamo pertanto chiarimenti circa il calcolo degli importi liquidati.	11.3)	Dati non disponibili
11.4)	4. Chiediamo il numero degli aderenti alle polizze integrative anni 2016 – 2017 – 2018 - 2019	11.4)	Dati non disponibili
11.5)	5. Il numero degli iscritti alla cassa e dei dipendenti per gli anni 2016 – 2017 – 2018 - 2019	11.5)	Iscritti polizza base anno 2019: 25.150 Iscritti polizza base anno 2018: 25.526 Iscritti polizza base anno 2017: 25.701 Iscritti polizza base anno 2016: 25.959
11.6)	6. Se risultano emesse regolazioni premio e per quali importi	11.6)	Dati non disponibili
11.7)	7. Chiediamo gli importi dei premi versati per il piano base negli	11.7)	Premio 2019: euro 3.391.254

	Quesito n.11		Risposta n. 11
	anni 2016 – 2017 – 2018 - 2019		Premio 2018: euro 3.672.186 Premio 2017: euro 3.372.228 Premio 2016: euro 3.433.503
11.8)	8. Nel capitolato di gara è presente l'articolo relativo alla Clausola di partecipazione agli utili. Chiediamo se tale clausola è già presente nelle condizioni in corso e se siano mai stati retrocessi alla Cnpr importi a titolo di partecipazione agli utili e in che misura.	11.8)	Si conferma Retrocessione degli utili anno 2017: rimborso pari a euro 97.281 Retrocessione degli utili anno 2016: rimborso pari a euro 189.955
11.9)	9. Visti i criteri indicati per l'offerta tecnica, chiediamo il numero delle attuali strutture convenzionate (cliniche, case di cura centri diagnostici) in Italia e all'estero.	11.9)	Dato non disponibile
11.10)	10. Nel disciplinare di gara al punto Requisiti di idoneità Professionale, all'ultimo capoverso si legge: "ai fini delle adesioni ai Piani Integrativi le prestazioni dovranno essere rese attraverso una Società di Mutuo Soccorso, la cui quota associativa annua a carico del singolo non dovrà superare i 25 (venticinque/00) euro" chiediamo maggiori precisazioni in merito a tale requisito ed inoltre se la Mutua viene identificata direttamente dalla Cassa o a scelta della compagnia assicuratrice. Chiediamo anche conferma che il costo di 25 euro è da ritenersi a totale carico del singolo e quindi al di fuori del premio assicurativo richiesto per i piani integrativi.	11.10)	La Mutua dovrà essere indicata dalla Compagnia e la relativa quota associativa dovrà essere non superiore a 25 euro che saranno a carico del singolo e al di fuori del premio

Quesito n.12

	Quesito n.12		Risposta n. 12
12.1)	1. Si chiede evidenza del numero dei familiari che hanno aderito ai Piani sanitari nelle ultime tre annualità;	12.1)	Piano base e integrativo dipendenti 2019: n. 83 Piano base e integrativo dipendenti 2018: n. 83 Piano base e integrativo dipendenti 2017: n. 69

	Quesito n.12		Risposta n. 12
12.2)	2. Si chiede di evidenziare la data di aggiornamento dei dati statistici forniti (Allegato 10 – Prospetti sinistri) e la distinzione tra importo pagato e riservato;	12.2)	I sinistri 2019 sono aggiornati al 31.01.2020. I sinistri fino al 2018 sono aggiornati al 31.12.2018.
12.3)	3. Si chiede di evidenziare i premi attualmente in vigore;	12.3)	Premio anno 2020 euro 3.212.056, salvo conguaglio a fine anno
12.4)	4. Si chiede evidenza del numero degli iscritti e dei familiari che hanno aderito ai Piani Integrativi Light e Top;	12.4)	Dato non disponibile
12.5)	5. Si chiede conferma che i premi relativi alle coperture integrative non siano soggetti al ribasso;	12.5)	Si conferma
12.6)	6. Si chiede la conferma che la reportistica fornita sia comprensiva anche dei sinistri relativi ai familiari ad adesione in caso contrario si chiede evidenza dei sinistri dei soli familiari ad adesione per ciascuno degli ultimi tre anni, raggruppati per garanzia, con la distinzione tra rete e fuori rete e tra importo pagato e riservato;	12.6)	Si conferma che i sinistri siano comprensivi anche dei dati relativi ai familiari
12.7)	7. Si chiede di evidenziare la modalità di accertamento dello stato di non autosufficienza di cui all' art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 2 del Capitolato Tecnico e se sia prevista la compilazione di uno SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA dove per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio e si chiede di confermare che l'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente sia riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunga almeno i 40 punti ;	12.7)	Si conferma quanto riportato nel capitolato
12.8)	8. Si chiede conferma che l'Assistenza infermieristica privata individuale art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 1.A del Capitolato Tecnico, sia riconosciuta SOLO DURANTE il Ricovero;	12.8)	Si conferma
12.9)	9. Si chiede conferma che le prestazioni di Alta specializzazione di cui all'art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 3 siano rimborsabili solo a seguito di malattia od infortunio;	12.9)	Si conferma
12.10)	10. Si chiede conferma che la Visita specialistica odontoiatrica di cui	12.10)	Si conferma

	Quesito n.12		Risposta n. 12
	all'art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 4 lettera B sia da intendersi una volta l'anno per persona;		
12.11)	11. Si chiede conferma che all'art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base rispettivamente ai punti 3 ALTA SPECIALIZZAZIONE, 5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO e 6 CURE ONCOLOGICHE il massimale sia intendersi per persona o nucleo familiare;	12.11)	Si conferma
12.12)	12. Si chiede conferma che l'adesione dei familiari valga per l'intera durata del piano di assistenza (36 mesi);	12.12)	L'adesione potrà essere rinnovata ogni anno, tuttavia in caso di mancato rinnovo per una annualità non sarà più possibile effettuare una nuova adesione per l'intero periodo della copertura (36 mesi)
12.13)	13. Con riferimento all'art 1 del Capitolato Tecnico si chiede di precisare cosa si intenda per raccolta centralizzata delle adesioni da parte della Compagnia;	12.13)	Si intende che la Compagnia gestirà le richieste di adesione, il pagamento da parte degli assicurati e la raccolta di eventuali moduli di adesione

Quesito n.13

	Quesito n.13		Risposta n. 13
	Riportiamo di seguito ulteriori quesiti relativi alla gara in oggetto:		
13.1)	1. Si chiede evidenza del numero dei pensionati che hanno aderito ai Piani sanitari nelle ultime tre annualità;	13.1)	Piano base pensionati 2019: n. 111 Piano base pensionati 2018: n. 110 Piano base pensionati 2017: n. 148
13.2)	2. Si chiede conferma che il premio pro capite relativo alla adesione volontaria dei familiari al Piano base debba essere definito dalla Compagnia ;	13.2)	Il premio di estensione del piano base al nucleo familiare è indicato in € 470 per nucleo
13.3)	3. Con riferimento all'art 19 Punto 6 del Capitolato Tecnico si chiede conferma che l'elenco analitico delle adesioni debba essere fornito	13.3)	Si conferma che l'elenco verrà fornito dalla Compagnia

	Quesito n.13		Risposta n. 13
	dalla Compagnia e non viceversa ;		

Quesito n.14

	Quesito n.14		Risposta n. 14
	siamo a richiedere gentile riscontro ai seguenti chiarimenti:		
	1. Capitolato tecnico sanitaria –		
14.1)	Articolo 2 – Prestazioni assicurate dalla Polizza base <ul style="list-style-type: none"> Punto 7 - PREVENZIONE: cosa si intende per unica soluzione? Che presso la struttura convenzionata sia possibile effettuare tutte le prestazioni contenute nella prevenzione anche se in giorni diversi, sulla base delle modalità organizzative della struttura o tutte le prestazioni in un'unica giornata? 	14.1)	Si intende in un'unica giornata
14.2)	Punto 10 - PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA: quali prestazioni sono contenute in tale prevenzione?	14.2)	colesterolo HDL colesterolo totale glicemia trigliceridi
14.3)	Articolo 16 - Condizioni particolari <ul style="list-style-type: none"> Punto 1 – servizi di consulenza: Si chiede di definire gli orari 	14.3)	8.30 – 19.30

	Quesito n.14		Risposta n. 14
	della centrale operativa per i servizi di consulenza telefonica indicati al punto 1 a – b – c – d.		
14.4)	<p>Articolo 23 - Garanzie Accessorie - Attività di supporto ed assistenza - obblighi dell'Assicuratore –</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punto 1 - A tal fine l'Assicuratore dovrà fornire supporto agli assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • un call center dedicato composto da almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante presenza di almeno tre medici, mettendo a disposizione un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate sia dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero; • una Centrale operativa che, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, dovrà fornire all'assicurato l'assistenza descritta all'art. 3.1 lettera a) del presente Capitolato Tecnico. 	14.4)	Si conferma che si tratta di un refuso, il riferimento è all'art.16
14.5)	<p>Si chiede di confermare l'articolo 3.1 a) del suddetto capoverso. Se fosse un errore di stampa, eventualmente chiarire l'articolo di riferimento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Punto 2 - Si chiede se possibile offrire la Guida all'assistenza 	14.5)	Si conferma che è possibile offrire la guida in formato digitalizzato, tuttavia la compagnia dovrà essere disponibile a trasmettere il formato cartaceo a chi non avesse la possibilità di usufruirne in formato digitale

	Quesito n.14		Risposta n. 14
	<p>sanitaria, tramite il portale dell'Area Riservata Assicurato, in formato digitalizzato, scaricabile e stampabile in alternativa alla spedizione postale. Inoltre, se possibile chiarire cosa si intende per "badge" in tale ambito.</p>		
14.6)	<p>Punto 3 - Entro 30 giorni solari dalla data di stipula dell'Assicurazione, l'Assicuratore dovrà provvedere, altresì a rendere disponibile sul proprio sito internet un apposito portale contenente l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati suddivisi per specializzazione ed in stretto ordine alfabetico, nonché, la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie. Si chiede di chiarire il concetto di specializzazione in ambito centri convenzionati.</p>	14.6)	La specializzazione è riferita ai Sanitari.
	<p>2. Disciplinare di Gara - AI FINI DEL CONTEGGIO DELLE NUMERICHE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DI CUI A PAG 23 DEL DISCIPLINARE SI RICHIEDE QUANTO SEGUE:</p>		
14.7)	<ul style="list-style-type: none"> N. . COMPLESSIVO CONVENZIONAMENTI DIRETTI SUL TERRI- 	14.7)	A. Si intendono i singoli medici convenzio-

	Quesito n.14		Risposta n. 14
	<p>TORIO NAZIONALE DI EQUIPE MEDICHE: quali sono i criteri per conteggiare le “Equipe mediche”, ovvero rientrano in una delle 4 fattispecie elencate oppure no? (in tal caso specificare):</p> <p>A. Si intendono i singoli medici convenzionati per tutte le specialità compresi gli odontoiatri da conteggiare una volta sola indipendentemente dal fatto che possano operare in diverse strutture in Italia</p> <p>B. Si intendono i singoli medici convenzionati per tutte le specialità compresi gli odontoiatri da conteggiare anche più volte nel caso in cui operino in diverse strutture in Italia</p> <p>C. Si intendono i singoli medici convenzionati per tutte le specialità diverse dagli odontoiatri da conteggiare una volta sola indipendentemente dal fatto che possano operare in diverse strutture in Italia</p> <p>D. Si intendono i</p>		<p>nati per tutte le specialità compresi gli odontoiatri da conteggiare una volta sola indipendentemente dal fatto che possano operare in diverse strutture in Italia</p>

	Quesito n.14		Risposta n. 14
	singoli medici convenzionati per tutte le specialità diverse da gli odontoiatri da conteggiare anche più volte nel caso in cui operino in diverse strutture in Italia		
14.8)	<ul style="list-style-type: none"> • N. . COMPLESSIVO CONVENZIONAMENTI DIRETTI SUL TERRITORIO NAZIONALE DI CENTRI DIAGNOSTICI <ul style="list-style-type: none"> A. Le case di cura che sono anche centro diagnostico possono essere conteggiate? B. I centri fisioterapici che effettuano visita fisiatrica possono essere conteggiati? C. I centri odontoiatrici possono essere conteggiati? 	14.8)	A: si B: si C: si
14.9)	<ul style="list-style-type: none"> • N. . COMPLESSIVO CONVENZIONAMENTI DIRETTI SUL TERRITORIO NAZIONALE DI CENTRI OVE SIA POSSIBILE EFFETTUARE IL PACCHETTO PREVENZIONE IN UN'UNICA SOLUZIONE: cosa si intende per unica soluzione? <ul style="list-style-type: none"> A. Che presso la 	14.9)	Che presso la struttura convenzionata debba essere possibile effettuare tutte le prestazioni in un'unica giornata.

	Quesito n.14		Risposta n. 14
	<p>struttura convenzionata sia possibile effettuare tutte le prestazioni contenute nella prevenzione anche se in giorni diversi, sulla base delle modalità organizzative della struttura</p> <p>B. Che presso la struttura convenzionata debba essere possibile effettuare tutte le prestazioni in un'unica giornata.</p>		

Quesito n.15

	Quesito n.15		Risposta n. 15
	La nostra Linea Tecnica richiede:		
15.1)	Si chiede evidenza del numero dei familiari che hanno aderito ai Piani sanitari nelle ultime tre annualità;	15.1)	Vedi risposta quesito n. 12
15.2)	Si chiede di evidenziare la data di aggiornamento dei dati statistici forniti (Allegato 10 - Prospetti sinistri) e la distinzione tra importo pagato e riservato;	15.2)	Vedi risposta quesito n. 12
15.3)	Si chiede di evidenziare i premi attualmente in vigore;	15.3)	Vedi risposta quesito n. 12
15.4)	Si chiede evidenza del numero degli iscritti e dei familiari che hanno aderito ai Piani Integrativi Light e Top;	15.4)	Vedi risposta quesito n. 12
15.5)	Si chiede conferma che i premi relativi alle coperture integrative non siano soggetti al ribasso;	15.5)	Vedi risposta quesito n. 12
15.6)	Si chiede la conferma che la reportistica fornita sia comprensiva anche dei sinistri relativi ai familiari ad adesione in caso contrario si	15.6)	Vedi risposta quesito n. 12

	Quesito n.15		Risposta n. 15
	chiede evidenza dei sinistri dei soli familiari ad adesione per ciascuno degli ultimi tre anni, raggruppati per garanzia, con la distinzione tra rete e fuori rete e tra importo pagato e riservato;		
15.7)	Si chiede di evidenziare la modalità di accertamento dello stato di non autosufficienza di cui all' art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 2 del Capitolato Tecnico e se sia prevista la compilazione di uno SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA dove per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio e si chiede di confermare che l'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente sia riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunga almeno i 40 punti ;	15.7)	Vedi risposta quesito n. 12
15.8)	Si chiede conferma che l'Assistenza infermieristica privata individuale art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 1.A del Capitolato Tecnico, sia riconosciuta SOLO DURANTE il Ricovero;	15.8)	Vedi risposta quesito n. 12
15.9)	Si chiede conferma che le prestazioni di Alta specializzazione di cui all'art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 3 siano rimborsabili solo a seguito di malattia od infortunio;	15.9)	Vedi risposta quesito n. 12
15.10)	Si chiede conferma che la Visita specialistica odontoiatrica di cui all'art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base punto 4 lettera B sia da intendersi una volta l'anno per persona;	15.10)	Vedi risposta quesito n. 12
15.11)	Si chiede conferma che all'art. 2 Prestazioni Assicurate dalla polizza Base rispettivamente ai punti 3 ALTA SPECIALIZZAZIONE, 5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO e 6 CURE ONCOLOGICHE il massimale sia intendersi per persona o nucleo familiare;	15.11)	Vedi risposta quesito n. 12
15.12)	Si chiede conferma che l'adesione dei familiari valga per l'intera durata del piano di assistenza (36 mesi);	15.12)	Vedi risposta quesito n. 12
15.13)	Con riferimento all'art 1 del Capitolato Tecnico si chiede di precisare cosa si intenda per raccolta centralizzata delle adesioni da parte della	15.13)	Vedi risposta quesito n. 12

	Quesito n.15		Risposta n. 15
	Compagnia;		
15.14)	Si chiede evidenza del numero dei pensionati che hanno aderito ai Piani sanitari nelle ultime tre annualità;	15.14)	Vedi risposta quesito n. 13
15.15)	Si chiede conferma che il premio pro capite relativo alla adesione volontaria dei familiari al Piano base debba essere definito dalla Compagnia ;	15.15)	Vedi risposta quesito n. 13
15.16)	Con riferimento all'art 19 Punto 6 del Capitolato Tecnico si chiede conferma che l'elenco analitico delle adesioni debba essere fornito dalla Compagnia e non viceversa ;	15.16)	Vedi risposta quesito n. 13



ALLEGATO "PROSPETTO SINISTRI 2016 – 2017 – 2018 - 2019"

Sinistri Cassa Ragionieri - Piano Base

Anno 2016 Tipo Sinistro	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
INDENNITA` SOSTITUTIVA			163	161.640	163	161.640
INVALIDITA` PERMANENTE			4	100.000	4	100.000
LONG TERM CARE			3	259.200	3	259.200
ODONTOIATRIA	612	37.128	8	6.670	620	43.798
PREVENZIONE	702	187.822			702	187.822
RICOVERO	56	1.082.140	36	277.760	92	1.359.900
SINDROME METABOLICA	28	2.430			28	2.430
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	97	25.345	46	13.875	143	39.219
VISITE E ACCERTAMENTI	505	99.626	255	38.804	760	138.430
Totale	2.000	1.434.491	515	857.949	2.515	2.292.439

Anno 2017 Tipo Sinistro	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
INDENNITA` SOSTITUTIVA			221	247.450	221	247.450
INVALIDITA` PERMANENTE			11	275.000	11	275.000
LONG TERM CARE			2	96.120	2	96.120
ODONTOIATRIA	672	34.335	4	3.745	676	38.080
PREVENZIONE	909	249.122			909	249.122
RICOVERO	76	1.064.779	48	267.238	124	1.332.018
SINDROME METABOLICA	41	3.570			41	3.570
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	93	24.178	61	10.939	154	35.117
VISITE E ACCERTAMENTI	614	111.479	284	33.177	898	144.655
Totale	2.405	1.487.462	631	933.669	3.036	2.421.132

Anno 2018 Tipo Sinistro	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
INDENNITA` SOSTITUTIVA			72	75.550	72	75.550
INVALIDITA` PERMANENTE			14	350.000	14	350.000
LONG TERM CARE			1	86.400	1	86.400
ODONTOIATRIA	471	25.278	4	2.243	475	27.521
PREVENZIONE	728	213.852			728	213.852
RICOVERO	66	745.917	17	182.931	83	928.847
SINDROME METABOLICA	46	3.960			46	3.960
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	60	15.041	26	6.196	86	21.237
VISITE E ACCERTAMENTI	424	94.886	206	48.799	630	143.685
Totale	1.795	1.098.935	340	752.118	2.135	1.851.053

Sinistri Cassa Ragionieri - Piano integrativo

Anno 2016	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
Tipo Sinistro						
INT.AMBULATORIALE	5	11.550	1	2.148	6	13.698
LENTI E OCCHIALI			21	3.932	21	3.932
ODONTOIATRIA	15	4.387			15	4.387
RICOVERO	16	152.222	5	28.247	21	180.469
VISITE E ACCERTAMENTI	279	36.321	197	18.671	476	54.992
Totale	315	204.479	224	52.997	539	257.476

Anno 2017	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
Tipo Sinistro						
INT.AMBULATORIALE	7	4.698	5	8.996	12	13.695
LENTI E OCCHIALI			18	3.583	18	3.583
ODONTOIATRIA	10	4.201			10	4.201
RICOVERO	14	79.141	9	52.053	23	131.194
VISITE E ACCERTAMENTI	267	31.644	217	19.962	484	51.606
Totale	298	119.685	249	84.594	547	204.279

Anno 2018	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
Tipo Sinistro						
INT.AMBULATORIALE	9	14.612	2	4.008	11	18.620
LENTI E OCCHIALI			5	1.500	5	1.500
ODONTOIATRIA	9	5.600			9	5.600
RICOVERO	17	125.428	7	37.604	24	163.032
VISITE E ACCERTAMENTI	239	33.283	133	13.002	372	46.286
Totale	274	178.923	147	56.114	421	235.037

Sinistri Cassa Ragionieri - Piano Base

Anno 2018	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
Tipo Sinistro						
INDENNITA' SOSTITUTIVA			123	115.421	123	115.421
INVALIDITA' PERMANENTE			18	450.000	18	450.000
LONG TERM CARE			3	259.200	3	259.200
ODONTOIATRIA	728	37.956	7	1.530	735	39.486
PREVENZIONE	1.174	341.737			1.174	341.737
RICOVERO	91	990.088	33	247.907	124	1.237.995
SINDROME METABOLICA	62	5.340			62	5.340
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	94	22.691	44	13.406	138	36.097
VISITE E ACCERTAMENTI	561	120.949	296	23.715	857	144.664
Totale	2.710	1.518.760	524	1.111.179	3.234	2.629.940

Sinistri Cassa Ragionieri - Piano integrativo

Anno 2018	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin	Num Sin	Costo Sin
Tipo Sinistro						
INT.AMBULATORIALE	10	16.657	6	5.785	16	22.442
LENTI E OCCHIALI			10	3.000	10	3.000
ODONTOIATRIA	12	7.170			12	7.170
PROTESI ORTOPEDICHE/ACUSTICHE			1	1.000	1	1.000
RICOVERO	17	151.347	11	56.983	28	208.330
VISITE E ACCERTAMENTI	348	49.493	202	20.139	550	69.631
Totale	387	224.667	230	86.906	617	311.573

Sinistri piano 8911 Cassa Ragionieri - Piano Base - Anno 2019 (al 31/01/2020)

Tipo sinistro	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num sin	Costo Sin	Num sin	Costo Sin	Num sin	Costo Sin
INDENNITA` SOSTITUTIVA			146	135.360	146	135.360
INVALIDITA` PERMANENTE			25	625.000	25	625.000
LONG TERM CARE			2	2.560	2	2.560
ODONTOIATRIA	773	36.557	6	2.979	779	39.536
PREVENZIONE	1.273	355.664			1.273	355.664
RICOVERO	69	997.434	43	326.821	112	1.324.255
SINDROME METABOLICA	44	3.870			44	3.870
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	106	23.863	57	16.103	163	39.966
VISITE E ACCERTAMENTI	594	160.235	178	20.841	772	181.076
Totale	2.859	1.577.622	457	1.129.664	3.316	2.707.286

Sinistri piano 7635 Cassa Ragionieri - Piano integrativo - Anno 2019 (al 31/01/2020)

Tipo sinistro	Diretto		Indiretto		Totale	
	Num sin	Costo Sin	Num sin	Costo Sin	Num sin	Costo Sin
INT.AMBULATORIALE	7	5.839	5	21.244	12	27.084
LENTI E OCCHIALI			16	3.498	16	3.498
ODONTOIATRIA	15	7.160			15	7.160
RICOVERO	18	107.974	10	57.729	28	165.702
VISITE E ACCERTAMENTI	385	52.285	199	21.750	584	74.034
Totale	425	173.258	230	104.220	655	277.478