

Gara per la stipula di una polizza assicurativa sanitaria: "Piano sanitario iscritti e pensionati attivi della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti - CIG 66214533DF – FAQ 2

Si chiede alla Cassa, al fine di una più completa e precisa valutazione del rischio in oggetto, di voler fornire:

- 1- riepilogo dei sinistri (numero e importo) suddivisi per polizza (base e integrativa) e per garanzia/tipologia di prestazione relativi alle ultime tre annualità assicurative;
- 2- numero dei famigliari che hanno acquistato la polizza base Grandi interventi e Gravi eventi morbosi per le ultime tre annualità assicurative;
- 3- numero dei titolari che hanno acquistato la polizza integrativa per le ultime tre annualità assicurative;
- 4- numero dei famigliari che hanno acquistato la polizza integrativa per le ultime tre annualità assicurative.

R. 1-2-3-4

Con riguardo alla polizza base inviamo in allegato i soli dati in nostro possesso cioè l'analisi dettagliata che riguarda il periodo 2011-2013 con dati aggiornati all'ottobre 2014.

Circa la polizza c.d. "estensione ai familiari della polizza base" i soli dati noti sulla estensione sono relativi al 2015 e sono i seguenti: premi € 423.510,00; adesioni: n° 934 nuclei da 2 persone ad € 99,50; n° 618 nuclei da 3 persone ad € 199,00; n° 694 nuclei da 4 o più persone ad € 298,50; In totale i capi nucleo sono n° 2.246.

Per la polizza integrativa, negli ultimi 5 anni risulta aver sottoscritto una polizza integrativa lo 0,011% degli iscritti. Tutte le informazioni sono fornite nella documentazione di gara e nel presente documento al meglio delle conoscenze della Cassa che pertanto non ha ulteriori dati e informazioni rispetto a quelli forniti. Non abbiamo ulteriori dati oltre a quelli sopra riportati.

Tutte le informazioni sono fornite nella documentazione di gara e nel presente documento al meglio delle conoscenze della Cassa che pertanto non ha ulteriori dati e informazioni rispetto a quelli forniti.

La polizza copre automaticamente tutti gli iscritti e pensionati attivi. Riportiamo il dato relativo al numero di iscritti e pensionati attivi per gli anni 2011-2015.

	2015	2014	2013	2012	2011
Iscritti cassa	61.313	59.218	57.106	55.440	53.626
Pensionati attivi	3.608	3.437	3.277	3.123	2.985
TOTALE ISCRITTI E PENSIONATI ATTIVI	64.921	62.655	60.383	58.563	56.611

D. 5 Disciplinare di gara

Pag. 3 in “Premessa” si legge “L’aggiudicazione della gara sarà effettuata con il criterio del prezzo più basso ai sensi dell’art. 82 del Codice”. Si chiedono maggiori dettagli alla Cassa sui pesi attribuiti rispettivamente all’offerta per la polizza base e all’offerta per la polizza integrativa.

R.5 Come stabilito al paragrafo 9 del Disciplinare di gara, la gara è aggiudicata al prezzo più basso sulla base della formulazione dell’importo offerto quale premio unitario lordo annuo per la “polizza base” (per singolo iscritto o pensionato attivo), oneri fiscali compresi, che non dovrà essere, pena l’esclusione dalla procedura, pari o superiore alla premio unitario lordo annuo posto a base d’asta pari ad Euro 120,00 (centoventi/00), oneri fiscali ed eventuali altri contributi obbligatori per legge compresi.

D. 6 Allegato 05 - Capitolato di polizza base e condizioni generali

R.6

1. Si chiede di confermare che la copertura assicurativa prevista alla Sezione A “Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi” operi nei soli casi di ricovero o day hospital relativi a grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi contenuti negli allegati I e II.

Si conferma.

2. Pag. 3, A.1.14: si chiede di confermare che, in caso di trattamento domiciliare, debba essere prodotta la necessaria documentazione medica attestante il verificarsi dell’evento che ha determinato il trattamento successivo da cui si possa evincere la copertura come da allegato II (Elenco gravi eventi morbosi).

Si conferma.

3. Pag. 3, Art. A.1.15 “Indennità sostitutiva”: si chiede conferma alla Cassa che l’importo giornaliero sia erogabile solo in caso di pernottamento presso l’Istituto di cura.

Si conferma.

4. Pag. 3, Art. A.1.17 “Indennità di lunga convalescenza”: al fine di poter valutare la liquidabilità di copertura per questa garanzia, si chiede conferma che l’assicurato debba produrre la documentazione medica necessaria per la valutazione dell’evento. Si conferma.

5. Pag. 3, Art. A.2 “Rischi esclusi” al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all’effettuazione di “ricoveri impropri”, si chiede conferma alla Cassa di poter integrare il paragrafo nel seguente modo:

- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

Non si conferma.

Analogamente anche per l’Art. B.2 a pag. 6 e per l’Art. C.1.6 a pag. 7.

Non si conferma.

6. Pag. 3, Art. A.2 “Rischi esclusi” al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all’effettuazione di ricoveri e prestazioni già ricomprese nell’ambito della garanzia

prevista al successivo punto C.1.4. “Stato di non autosufficienza (Long term care) e morte”, si chiede conferma alla Cassa di poter integrare il paragrafo nel seguente modo:

- i ricoveri causati dalla necessità dell’Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell’Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Non si conferma. I rischi assicurati nelle varie Sezioni di polizza presentano natura differente e sono diversamente disciplinati. In ogni caso, è fatto salvo il combinato disposto degli artt. 1905 e 1908 c.c..

Analogamente anche per l’Art. B.2 a pag. 6.

Non si conferma. I rischi assicurati nelle varie Sezioni di polizza presentano natura differente e sono diversamente disciplinati. In ogni caso, è fatto salvo il combinato disposto degli artt. 1905 e 1908 c.c..

7. Pag. 3, Art. A.2 “Rischi esclusi” al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all’effettuazione di prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, si chiede conferma alla Cassa di poter integrare il paragrafo nel seguente modo:

- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Non si conferma. La legittimità delle prestazioni a cui l’assicurato ha diritto è determinata dalla legislazione vigente al momento dell’accesso alle prestazioni stesse.

- Analogamente anche per l’Art. B.2 a pag. 6 e per l’Art. C.1.6 a pag. 7.

Non si conferma. La legittimità delle prestazioni a cui l’assicurato ha diritto è determinata dalla legislazione vigente al momento dell’accesso alle prestazioni stesse.

8. Pag. 4, Art. A.3 “Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo”: nella seconda riga della tabella si legge “Ricovero presso strutture non convenzionate con la Società”.

Si chiede conferma che i limiti indicati siano validi anche in caso di day hospital per le garanzie principali ed accessorie ad esse riportate prima di questo articolo.

Si conferma.

9. Pag. 4, Art. A.3 “Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo”: nella terza riga della tabella si legge “Prestazioni a favore di assicurati di oltre 75 anni di età”.

Si chiede conferma che i limiti indicati siano validi per le spese delle garanzie principali ed accessorie relative a ricovero e day hospital presso strutture non convenzionate con la società ad eccezione di “retta di degenza”, “accertamenti diagnostici e visite specialistiche” per cui valgono i limiti riportati alle successive righe 4, 5 e 6 della stessa tabella.

Non si conferma. I limiti indicati sono validi per tutte le prestazioni a favore di assicurati di oltre 75 anni di età.

10. Pag. 4, Art. A.3 “Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo”: nella quinta e sesta riga della tabella sono riportate le garanzie “Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture convenzionate” e “Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture non convenzionate”.

Si chiede conferma che si intenda far riferimento alle prestazioni effettuate nei 120 giorni precedenti o successivi al ricovero per grande intervento chirurgico o alle prestazioni effettuate nei 120 giorni precedenti o nei 180 giorni successivi al ricovero per grave evento morboso e, nel caso di

strutture non convenzionate, che la relativa franchigia, indicata nella sesta riga, sia applicabile per ogni prestazione.

Si fa riferimento a tutti i casi in cui vengono erogate prestazioni sanitarie qualificate come "Accertamenti diagnostici" e "Visite specialistiche".

11. Pag. 4, Art. A.3 "Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo": nell'ultima riga della tabella si legge "Malattie mentali".

Non trovando menzione di tale garanzia altrove eccetto che nell'elenco dei gravi eventi morbosi dell'allegato II, si chiede conferma alla Cassa che si intenda far riferimento ai limiti liquidativi specifici per tale voce dell'elenco citato in cui la franchigia sia da ritenersi applicabile per ogni ricovero.

Si conferma che i limiti si riferiscono alle sole malattie mentali così come identificate da specifica voce dell'allegato II.

12. Pag. 4, Art. B.1.1 "Malattie oncologiche": si chiede conferma alla Cassa che rientrino in copertura nella presente garanzia le sole malattie oncologiche maligne, restando escluse invece le spese sostenute per le prestazioni connesse a neoplasie benigne quali ad esempio le spese per l'asportazione dei nei.

13. Non si conferma.

Inoltre, poiché rientrano in copertura le spese per laser, si chiede conferma che siano in copertura i trattamenti laser per l'asportazione di nei solo qualora l'esame istologico effettuato su questi confermi la presenza di melanoma e rimanga invece a carico dell'assicurato altrimenti. Pertanto, tale prestazione potrà essere fornita solo in forma rimborsuale.

Non si conferma.

14. Pag. 4, Art. B.1.2. "Prevenzione": si chiede conferma alla Cassa che le prestazioni elencate nel presente articolo siano da effettuarsi in un'unica soluzione presso la struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa.

Non si conferma che siano da effettuarsi in un'unica soluzione. Inoltre, relativamente alle prestazioni di radiografia polmonare e mammografia, coerentemente con la normativa sanitaria vigente, sarà richiesta la prescrizione del medico.

Non si conferma.

Infine, si chiede conferma che il massimale di € 2.000 sia da intendersi per "anno/persona" anziché "anno/nucleo" in quanto è previsto che la garanzia operi per i soli iscritti alla Cassa.

Si conferma.

15. Pag. 6, Art. B.1.5. "Contagio da virus da H.I.V.": si chiede conferma alla Cassa che l'importo di euro 20.000 indicato sia da intendersi come massimale aggiuntivo rispetto alle altre garanzie previste e se nell'ambito di tale garanzie debba essere previsto il rimborso integrale delle spese.

Si conferma.

16. Pag. 6, Art. C.1.1. "Mancato reddito": si legge: "... La società provvede ad indennizzare le spese sostenute e documentate quale prova delle condizioni di particolare disagio economico". Si chiede alla Cassa di indicare il massimale previsto per l'erogazione della prestazioni sopra indicate qualora questo sia identico per tutti gli iscritti o, in alternativa, i parametri che lo determinano. L'entità dell'indennizzo viene determinata nel caso specifico personalizzandola in base alle spese sostenute e documentate quali prove delle condizioni di disagio economico.

Inoltre, trattandosi di garanzia a tutela del mancato reddito si chiede conferma del fatto che la stessa sia da intendersi valida per il solo iscritto attivo.

Vedasi ultimo comma art. C.1.1.

Infine si chiede alla Cassa se tale garanzia sia da collegarsi alla prestazione assistenziale prevista nel proprio Statuto come "Aiuto economico in caso di bisogno" in quanto a requisiti e finalità. In caso affermativo si chiede se il rimborso debba essere subordinato anche a quanto stabilito dal Consiglio di Amministrazione.

La garanzia presenta carattere autonomo rispetto ad eventuali differenti prestazioni garantite ad altro titolo dalla Cassa.

17. Con riferimento all'Art. C.1.3. - INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO E DA MALATTIA" si chiede cortesemente di confermare che:
- l'invalidità permanente possa essere definita come la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di malattia o di infortunio, della validità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione
 - l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio o della malattia possano considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla decorrenza del presente piano sanitario
 - L'Invalidità Permanente venga accertata non prima di 6 mesi dalla data di denuncia della malattia e/o dell'infortunio, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa
 - La garanzia si intende prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifichi successivamente alla scadenza della polizza, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio e/o dall'insorgere della malattia causanti l'invalidità permanente pari o superiore al 66%

Si chiede altresì di confermare che l'Assicurato possa consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria riguardo a notizie attinenti l'evento denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

La garanzia è normata dall'art. C.1.3. Per quanto non espressamente disciplinato attraverso la norma in esame si rimanda alla legislazione vigente.

18. Pag. 7, Art. C.1.4. "Stato di non autosufficienza (Long term care) e morte": si chiede conferma che, relativamente alle malattie mentali, siano da considerare in copertura le patologie riportate nell'elenco contenuto nell'Allegato II Elenco Gravi Eventi Morbosi. Si conferma.

19. Pag. 7, Art. C.1.4. "Stato di non autosufficienza (Long term care) e morte": si legge: "la garanzia è efficace a favore di coloro i quali non si trovino nelle condizioni di non autosufficienza sopra esposte al momento dell'entrata in vigore del contratto e per le sole conseguenze di malattia o infortunio subiti successivamente all'entrata in vigore della stessa." e di seguito si legge che "Relativamente ai soli pensionati e ai loro familiari la garanzia non è efficace per coloro ai quali, al momento dell'entrata in vigore del contratto, siano già stati diagnosticati i morbi di Alzheimer e di Parkinson".

Si chiede conferma del fatto che la prima frase sia da intendersi riferita a tutti gli assicurati (attivi, pensionati e loro familiari) e che la seconda rappresenti una ulteriore limitazione in cui si propone di modificare il testo con la seguente dicitura "... Alzheimer o di Parkinson".

Si conferma che la seconda frase si riferisce ai soli pensionati e ai loro familiari ai quali, al momento dell'entrata in vigore del contratto, siano già stati diagnosticati i morbi di Alzheimer o di Parkinson.

20. Pag. 7, Art. C.1.5. "Mancata frequenza ai corsi di aggiornamento professionale obbligatori": si chiede conferma alla Cassa che affinché l'indennizzo previsto dalla presente garanzia sia liquidabile, sia necessario che l'iscritto fornisca certificazione dei

crediti formativi professionali accumulati nell'annualità da cui si desuma che le condizioni fisiche dell'assicurato abbiano comportato l'impossibilità a frequentare i corsi di aggiornamento professionale e conseguentemente una situazione deficitaria rispetto al conseguimento dei crediti minimi annuali. Si conferma.

Si chiede inoltre conferma che la copertura operi esclusivamente per l'iscritto attivo.

Si conferma.

21. Pag. 8, Sezione D – Attività di supporto e assistenza: si chiede conferma alla Cassa che le garanzie descritte agli Art. D.1.1 e D.1.2 siano da ritenersi in copertura qualora siano associate ad un ricovero per grande intervento o per grave evento morboso. Vedasi art. D.1.

22. Pag. 8, Art. D.1.1. "Trasporto sanitario": si chiede conferma alla Cassa che tale garanzia operi soltanto qualora il trasporto sia organizzato dalla Società aggiudicataria e che in caso contrario non sia previsto alcun indennizzo. Non si conferma.

23. Pag. 8, Art. D.1.2. "Accompagnatore": si chiede conferma alla Cassa che tale garanzia operi soltanto qualora il trasporto sia organizzato dalla Società aggiudicataria e che in caso contrario non sia previsto alcun indennizzo. Non si conferma.

24. Pag. 16, All'Art. 1 "Denuncia di sinistro" si legge "La denuncia del sinistro deve essere così articolata:

1. Informazione telefonica preventiva alla Centrale operativa;
2. Invio alla Società di apposito modulo debitamente compilato ..."

E di seguito, all'Art. 2 "Accesso alle strutture sanitarie" si legge: "Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato, dopo avere informato telefonicamente la Centrale operativa (salvo casi di comprovata urgenza) può rivolgersi a ..."

Si chiede conferma che la mancata preventiva informativa alla Centrale Operativa comporti la non liquidabilità della/delle prestazioni.

Non si conferma.

25. Pag. 18, Art.2 si legge: "In caso di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l'assicurato, entro e non oltre 24 ore dal ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà richiedere la presa in carico del ricovero stesso. La Società ..." Si chiede conferma che rimarrà a carico dell'assicurato tutto ciò che non sarà eventualmente autorizzato perché non previsto in copertura dalla polizza. Si conferma.

Allegato 06 - Schema di contratto

26. All'Art. 5 "Durata e decorrenza" si legge "Il Programma di assistenza e quindi la copertura assicurativa inerente la "**polizza base**", ha una durata di 36 (trentasei) mesi, con effetto a decorrere dalle **ore 24:00 del 31.12.2016** e con scadenza alle **ore 24:00 del 31.12.2019**. La CNPADC si riserva la possibilità di prorogare la predetta durata del contratto per il tempo necessario alla stipula di un nuovo contratto a seguito dell'espletamento di una nuova procedura. Tale proroga, in ogni caso, non potrà essere disposta per un periodo superiore ai sei mesi. Inoltre, è facoltà della CNPADC, previa comunicazione scritta da inviarsi all'aggiudicatario, ricorrere alla ripetizione del servizio ai sensi dell'art. 57,

comma 5, lett. B) del D.Lgs. 163/2006 per una durata di ulteriori 36 mesi ed alle medesime condizioni normative ed economiche e, quindi, dalle **ore 24:00 31/12/2019 al 30/12/2022**". Si chiede conferma alla Contraente che l'eventuale prosecuzione per ulteriori 36 mesi debba essere concordata con la società aggiudicataria del contratto. Si conferma.

27. All'Art. 5 "Durata e decorrenza" si legge "Il programma di assistenza e quindi la copertura assicurativa inerente l'"**estensione ai familiari della polizza base**" e la "**polizza integrativa**", ha decorrenza dalla data di adesione del singolo richiedente e per una durata pari alla durata residua della "polizza base" come sopra determinata." Si chiede conferma alla Cassa che debba intendersi pluriennale anche la durata delle polizze ad adesione facoltativa.

Si ribadisce che la durata delle polizze ad adesione facoltativa deve intendersi decorrente dalla data di adesione del singolo richiedente e sino alla durata residua della "polizza base".

28. Si chiede conferma che l'allegato II gravi eventi morbosi sia da interpretarsi come segue:
Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

Ulcere torpide e decubiti

Sovrainfezioni

Infezioni urogenitali

Ipertensione instabile

Neuropatie

Vasculopatie periferiche.

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

Dispnea

Edemi declivi estasi polmonare

Ipossiemia

Alterazione equilibrio idro-salino

Riacutizzazione-acuzio

Aritmie

Cardiopatía ischemica

Insufficienza cardiaca congestizia

Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:

Acuta

Edema polmonare

Cronica in trattamento riabilitativo

Con ossigenoterapia domiciliare e continua con ventilazione domiciliare

Cronica riacutizzata

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale

Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali

Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie Ustioni gravi (terzo grado) con estensione almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson caratterizzato da:

riduzione attività motoria

mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta

Stato di Coma

Alzheimer

Malattie mentali e disturbi psichici caratterizzate da una tra le seguenti manifestazioni:

Disturbi ciclotimici con crisi subentranti o forme croniche gravi

Nevrosi fobico ossessiva grave

Nevrosi isterica grave

Psicosi ossessiva

Sindrome delirante cronica

Sindrome schizofrenica cronica

Sindrome depressiva endogena/esogena grave.

Si conferma l'elenco di cui all'allegato II del capitolato così come pubblicato in sede di gara.

Si chiede alla Cassa, al fine di una più completa e precisa valutazione del rischio in oggetto, di voler fornire:

- 5- riepilogo dei sinistri (numero e importo) suddivisi per polizza (base e integrativa) e per garanzia/tipologia di prestazione relativi alle ultime tre annualità assicurative;
- 6- numero dei famigliari che hanno acquistato la polizza base Grandi interventi e Gravi eventi morbosi per le ultime tre annualità assicurative;
- 7- numero dei titolari che hanno acquistato la polizza integrativa per le ultime tre annualità assicurative;
- 8- numero dei famigliari che hanno acquistato la polizza integrativa per le ultime tre annualità assicurative.

R. 1-2-3-4

Con riguardo alla polizza base inviamo in allegato i soli dati in nostro possesso cioè l'analisi dettagliata che riguarda il periodo 2011-2013 con dati aggiornati all'ottobre 2014.

Circa la polizza c.d. "estensione ai familiari della polizza base" i soli dati noti sulla estensione sono relativi al 2015 e sono i seguenti: premi € 423.510,00; adesioni: n° 934 nuclei da 2 persone ad € 99,50; n° 618 nuclei da 3 persone ad € 199,00; n° 694 nuclei da 4 o più persone ad € 298,50; In totale i capi nucleo sono n° 2.246.

Per la polizza integrativa, negli ultimi 5 anni risulta aver sottoscritto una polizza integrativa lo 0,011% degli iscritti. Tutte le informazioni sono fornite nella documentazione di gara e nel presente documento al meglio delle conoscenze della Cassa che pertanto non ha ulteriori dati e informazioni rispetto a quelli forniti. Non abbiamo ulteriori dati oltre a quelli sopra riportati.

Tutte le informazioni sono fornite nella documentazione di gara e nel presente documento al meglio delle conoscenze della Cassa che pertanto non ha ulteriori dati e informazioni rispetto a quelli forniti.

La polizza copre automaticamente tutti gli iscritti e pensionati attivi. Riportiamo il dato relativo al numero di iscritti e pensionati attivi per gli anni 2011-2015.

	2015	2014	2013	2012	2011
Iscritti cassa	61.313	59.218	57.106	55.440	53.626
Pensionati attivi	3.608	3.437	3.277	3.123	2.985
TOTALE ISCRITTI E PENSIONATI ATTIVI	64.921	62.655	60.383	58.563	56.611

D. 5 Disciplinare di gara

Pag. 3 in "Premessa" si legge "L'aggiudicazione della gara sarà effettuata con il criterio del prezzo più basso ai sensi dell'art. 82 del Codice". Si chiedono maggiori dettagli alla Cassa sui pesi attribuiti rispettivamente all'offerta per la polizza base e all'offerta per la polizza integrativa.

R.5 Come stabilito al paragrafo 9 del Disciplinare di gara, la gara è aggiudicata al prezzo più basso sulla base della formulazione dell'importo offerto quale premio unitario lordo annuo per la "polizza base" (per singolo iscritto o pensionato attivo), oneri fiscali compresi, che non dovrà essere, pena l'esclusione dalla procedura, pari o superiore alla premio unitario lordo annuo posto a base d'asta pari ad Euro 120,00 (centoventi/00), oneri fiscali ed eventuali altri contributi obbligatori per legge compresi.

D. 6 Allegato 05 - Capitolato di polizza base e condizioni generali

R.6

1. Si chiede di confermare che la copertura assicurativa prevista alla Sezione A “Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi” operi nei soli casi di ricovero o day hospital relativi a grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi contenuti negli allegati I e II.

Si conferma.

2. Pag. 3, A.1.14: si chiede di confermare che, in caso di trattamento domiciliare, debba essere prodotta la necessaria documentazione medica attestante il verificarsi dell’evento che ha determinato il trattamento successivo da cui si possa evincere la copertura come da allegato II (Elenco gravi eventi morbosi).

Si conferma.

3. Pag. 3, Art. A.1.15 “Indennità sostitutiva”: si chiede conferma alla Cassa che l’importo giornaliero sia erogabile solo in caso di pernottamento presso l’Istituto di cura.

Si conferma.

4. Pag. 3, Art. A.1.17 “Indennità di lunga convalescenza”: al fine di poter valutare la liquidabilità di copertura per questa garanzia, si chiede conferma che l’assicurato debba produrre la documentazione medica necessaria per la valutazione dell’evento.

Si conferma.

5. Pag. 3, Art. A.2 “Rischi esclusi” al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all’effettuazione di “ricoveri impropri”, si chiede conferma alla Cassa di poter integrare il paragrafo nel seguente modo:

- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

Non si conferma.

Analogamente anche per l’Art. B.2 a pag. 6 e per l’Art. C.1.6 a pag. 7.

Non si conferma.

6. Pag. 3, Art. A.2 “Rischi esclusi” al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all’effettuazione di ricoveri e prestazioni già ricomprese nell’ambito della garanzia prevista al successivo punto C.1.4. “Stato di non autosufficienza (Long term care) e morte”, si chiede conferma alla Cassa di poter integrare il paragrafo nel seguente modo:

- i ricoveri causati dalla necessità dell’Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell’Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la

permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Non si conferma. I rischi assicurati nelle varie Sezioni di polizza presentano natura differente e sono diversamente disciplinati. In ogni caso, è fatto salvo il combinato disposto degli artt. 1905 e 1908 c.c..

Analogamente anche per l'Art. B.2 a pag. 6.

Non si conferma. I rischi assicurati nelle varie Sezioni di polizza presentano natura differente e sono diversamente disciplinati. In ogni caso, è fatto salvo il combinato disposto degli artt. 1905 e 1908 c.c..

7. Pag. 3, Art. A.2 "Rischi esclusi" al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all'effettuazione di prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, si chiede conferma alla Cassa di poter integrare il paragrafo nel seguente modo:
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Non si conferma. La legittimità delle prestazioni a cui l'assicurato ha diritto è determinata dalla legislazione vigente al momento dell'accesso alle prestazioni stesse.

- Analogamente anche per l'Art. B.2 a pag. 6 e per l'Art. C.1.6 a pag. 7.

Non si conferma. La legittimità delle prestazioni a cui l'assicurato ha diritto è determinata dalla legislazione vigente al momento dell'accesso alle prestazioni stesse.

8. Pag. 4, Art. A.3 "Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo": nella seconda riga della tabella si legge "Ricovero presso strutture non convenzionate con la Società".
Si chiede conferma che i limiti indicati siano validi anche in caso di day hospital per le garanzie principali ed accessorie ad esse riportate prima di questo articolo.

Si conferma.

9. Pag. 4, Art. A.3 "Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo": nella terza riga della tabella si legge "Prestazioni a favore di assicurati di oltre 75 anni di età".
Si chiede conferma che i limiti indicati siano validi per le spese delle garanzie principali ed accessorie relative a ricovero e day hospital presso strutture non convenzionate con la società ad eccezione di "retta di degenza", "accertamenti diagnostici e visite specialistiche" per cui valgono i limiti riportati alle successive righe 4, 5 e 6 della stessa tabella.

Non si conferma. I limiti indicati sono validi per tutte le prestazioni a favore di assicurati di oltre 75 anni di età.

10. Pag. 4, Art. A.3 "Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo": nella quinta e sesta riga della tabella sono riportate le garanzie "Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso

strutture convenzionate” e “Accertamenti diagnostici e visite specialistiche presso strutture non convenzionate”.

Si chiede conferma che si intenda far riferimento alle prestazioni effettuate nei 120 giorni precedenti o successivi al ricovero per grande intervento chirurgico o alle prestazioni effettuate nei 120 giorni precedenti o nei 180 giorni successivi al ricovero per grave evento morboso e, nel caso di strutture non convenzionate, che la relativa franchigia, indicata nella sesta riga, sia applicabile per ogni prestazione.

Si fa riferimento a tutti i casi in cui vengono erogate prestazioni sanitarie qualificate come “Accertamenti diagnostici” e “Visite specialistiche”.

11. Pag. 4, Art. A.3 “Scoperto, franchigia, limiti di indennizzo”: nell’ultima riga della tabella si legge “Malattie mentali”.

Non trovando menzione di tale garanzia altrove eccetto che nell’elenco dei gravi eventi morbosi dell’allegato II, si chiede conferma alla Cassa che si intenda far riferimento ai limiti liquidativi specifici per tale voce dell’elenco citato in cui la franchigia sia da ritenersi applicabile per ogni ricovero.

Si conferma che i limiti si riferiscono alle sole malattie mentali così come identificate da specifica voce dell’allegato II.

12. Pag. 4, Art. B.1.1 “Malattie oncologiche”: si chiede conferma alla Cassa che rientrino in copertura nella presente garanzia le sole malattie oncologiche maligne, restando escluse invece le spese sostenute per le prestazioni connesse a neoplasie benigne quali ad esempio le spese per l’asportazione dei nei.

Non si conferma.

Inoltre, poiché rientrano in copertura le spese per laser, si chiede conferma che siano in copertura i trattamenti laser per l’asportazione di nei solo qualora l’esame istologico effettuato su questi confermi la presenza di melanoma e rimanga invece a carico dell’assicurato altrimenti. Pertanto, tale prestazione potrà essere fornita solo in forma rimborsuale.

Non si conferma.

13. Pag. 4, Art. B.1.2. “Prevenzione”: si chiede conferma alla Cassa che le prestazioni elencate nel presente articolo siano da effettuarsi in un’unica soluzione presso la struttura sanitaria convenzionata indicata dalla Centrale Operativa.

Non si conferma che siano da effettuarsi in un’unica soluzione.

Inoltre, relativamente alle prestazioni di radiografia polmonare e mammografia, coerentemente con la normativa sanitaria vigente, sarà richiesta la prescrizione del medico.

Non si conferma.

Infine, si chiede conferma che il massimale di € 2.000 sia da intendersi per “anno/persona” anziché “anno/nucleo” in quanto è previsto che la garanzia operi per i soli iscritti alla Cassa.

Si conferma.

14. Pag. 6, Art. B.1.5. “Contagio da virus da H.I.V.”: si chiede conferma alla Cassa che l’importo di euro 20.000 indicato sia da intendersi come massimale aggiuntivo rispetto alle altre garanzie previste e se nell’ambito di tale garanzie debba essere previsto il rimborso integrale delle spese.

Si conferma.

15. Pag. 6, Art. C.1.1. “Mancato reddito”: si legge: “... La società provvede ad indennizzare le spese sostenute e documentate quale prova delle condizioni di particolare disagio economico”. Si chiede alla Cassa di indicare il massimale previsto per l’erogazione della prestazioni sopra indicate qualora questo sia identico per tutti gli iscritti o, in alternativa, i parametri che lo determinano.

L’entità dell’indennizzo viene determinata nel caso specifico personalizzandola in base alle spese sostenute e documentate quali prove delle condizioni di disagio economico.

Inoltre, trattandosi di garanzia a tutela del mancato reddito si chiede conferma del fatto che la stessa sia da intendersi valida per il solo iscritto attivo.

Vedasi ultimo comma art. C.1.1.

Infine si chiede alla Cassa se tale garanzia sia da collegarsi alla prestazione assistenziale prevista nel proprio Statuto come “Aiuto economico in caso di bisogno” in quanto a requisiti e finalità. In caso affermativo si chiede se il rimborso debba essere subordinato anche a quanto stabilito dal Consiglio di Amministrazione.

La garanzia presenta carattere autonomo rispetto ad eventuali differenti prestazioni garantite ad altro titolo dalla Cassa.

16. Con riferimento all’” Art. C.1.3. - INVALIDITA’ PERMANENTE DA INFORTUNIO E DA MALATTIA” si chiede cortesemente di confermare che:
- l’invalidità permanente possa essere definita come la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di malattia o di infortunio, della validità fisica dell’Assicurato, indipendentemente dalla sua professione
 - l’indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell’infortunio o della malattia possano considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti alla decorrenza del presente piano sanitario

- L'Invalidità Permanente venga accertata non prima di 6 mesi dalla data di denuncia della malattia e/o dell'infortunio, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa
- La garanzia si intende prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifichi successivamente alla scadenza della polizza, ma, comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio e/o dall'insorgere della malattia causanti l'invalidità permanente pari o superiore al 66%

Si chiede altresì di confermare che l'Assicurato possa consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria riguardo a notizie attinenti l'evento denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

La garanzia è normata dall'art. C.1.3. Per quanto non espressamente disciplinato attraverso la norma in esame si rimanda alla legislazione vigente.

17. Pag. 7, Art. C.1.4. "Stato di non autosufficienza (Long term care) e morte": si chiede conferma che, relativamente alle malattie mentali, siano da considerare in copertura le patologie riportate nell'elenco contenuto nell'Allegato II Elenco Gravi Eventi Morbosi.

Si conferma.

18. Pag. 7, Art. C.1.4. "Stato di non autosufficienza (Long term care) e morte": si legge: "la garanzia è efficace a favore di coloro i quali non si trovino nelle condizioni di non autosufficienza sopra esposte al momento dell'entrata in vigore del contratto e per le sole conseguenze di malattia o infortunio subiti successivamente all'entrata in vigore della stessa." e di seguito si legge che "Relativamente ai soli pensionati e ai loro familiari la garanzia non è efficace per coloro ai quali, al momento dell'entrata in vigore del contratto, siano già stati diagnosticati i morbi di Alzheimer e di Parkinson".

Si chiede conferma del fatto che la prima frase sia da intendersi riferita a tutti gli assicurati (attivi, pensionati e loro familiari) e che la seconda rappresenti una ulteriore limitazione in cui si propone di modificare il testo con la seguente dicitura "... Alzheimer o di Parkinson".

Si conferma che la seconda frase si riferisce ai soli pensionati e ai loro familiari ai quali, al momento dell'entrata in vigore del contratto, siano già stati diagnosticati i morbi di Alzheimer o di Parkinson.

19. Pag. 7, Art. C.1.5. "Mancata frequenza ai corsi di aggiornamento professionale obbligatori": si chiede conferma alla Cassa che affinché l'indennizzo previsto dalla presente garanzia sia liquidabile, sia necessario che l'iscritto fornisca certificazione dei crediti formativi professionali accumulati nell'annualità da cui si desuma che le condizioni fisiche dell'assicurato abbiano comportato l'impossibilità a frequentare i corsi di aggiornamento professionale e conseguentemente una situazione deficitaria rispetto al conseguimento dei crediti minimi annuali.

Si conferma.

Si chiede inoltre conferma che la copertura operi esclusivamente per l'iscritto attivo.

Si conferma.

20. Pag. 8, Sezione D – Attività di supporto e assistenza: si chiede conferma alla Cassa che le garanzie descritte agli Art. D.1.1 e D.1.2 siano da ritenersi in copertura qualora siano associate ad un ricovero per grande intervento o per grave evento morboso.

Vedasi art. D.1.

21. Pag. 8, Art. D.1.1. “Trasporto sanitario”: si chiede conferma alla Cassa che tale garanzia operi soltanto qualora il trasporto sia organizzato dalla Società aggiudicataria e che in caso contrario non sia previsto alcun indennizzo.

Non si conferma.

22. Pag. 8, Art. D.1.2. “Accompagnatore”: si chiede conferma alla Cassa che tale garanzia operi soltanto qualora il trasporto sia organizzato dalla Società aggiudicataria e che in caso contrario non sia previsto alcun indennizzo.

Non si conferma.

23. Pag. 16, All’Art. 1 “Denuncia di sinistro” si legge “La denuncia del sinistro deve essere così articolata:

1. Informazione telefonica preventiva alla Centrale operativa;
2. Invio alla Società di apposito modulo debitamente compilato ...”

E di seguito, all’Art. 2 “Accesso alle strutture sanitarie” si legge: “Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l’Assicurato, dopo avere informato telefonicamente la Centrale operativa (salvo casi di comprovata urgenza) può rivolgersi a ...”

Si chiede conferma che la mancata preventiva informativa alla Centrale Operativa comporti la non liquidabilità della/delle prestazioni.

Non si conferma.

24. Pag. 18, Art.2 si legge: “In caso di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l’assicurato, entro e non oltre 24 ore dal ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà richiedere la presa in carico del ricovero stesso. La Società ...” Si chiede conferma che rimarrà a carico dell’assicurato tutto ciò che non sarà eventualmente autorizzato perché non previsto in copertura dalla polizza.

Si conferma.

Allegato 06 - Schema di contratto

25. All’Art. 5 “Durata e decorrenza” si legge “Il Programma di assistenza e quindi la copertura assicurativa inerente la “**polizza base**”, ha una durata di 36 (trentasei) mesi, con effetto a decorrere dalle **ore 24:00 del 31.12.2016** e con scadenza alle **ore 24:00 del 31.12.2019**. La CNPADC si riserva la possibilità di prorogare la predetta durata del contratto per il

tempo necessario alla stipula di un nuovo contratto a seguito dell'espletamento di una nuova procedura. Tale proroga, in ogni caso, non potrà essere disposta per un periodo superiore ai sei mesi. Inoltre, è facoltà della CNPADC, previa comunicazione scritta da inviarsi all'aggiudicatario, ricorrere alla ripetizione del servizio ai sensi dell'art. 57, comma 5, lett. B) del D.Lgs. 163/2006 per una durata di ulteriori 36 mesi ed alle medesime condizioni normative ed economiche e, quindi, dalle **ore 24:00 31/12/2019 al 30/12/2022**". Si chiede conferma alla Contraente che l'eventuale prosecuzione per ulteriori 36 mesi debba essere concordata con la società aggiudicataria del contratto.

Si conferma.

26. All'Art. 5 "Durata e decorrenza" si legge "Il programma di assistenza e quindi la copertura assicurativa inerente l'"**estensione ai familiari della polizza base**" e la "**polizza integrativa**", ha decorrenza dalla data di adesione del singolo richiedente e per una durata pari alla durata residua della "polizza base" come sopra determinata." Si chiede conferma alla Cassa che debba intendersi pluriennale anche la durata delle polizze ad adesione facoltativa.

Si ribadisce che la durata delle polizze ad adesione facoltativa deve intendersi decorrente dalla data di adesione del singolo richiedente e sino alla durata residua della "polizza base".

27. Si chiede conferma che l'allegato II gravi eventi morbosi sia da interpretarsi come segue: Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

Ulcere torpide e decubiti
Sovrainfezioni
Infezioni urogenitali
Ipertensione instabile
Neuropatie
Vasculopatie periferiche.

Insufficienza cardiaca e labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

Dispnea
Edemi declivi estasi polmonare
Ipossiemia
Alterazione equilibrio idro-salino
Riacutizzazione-acuzio
Aritmie
Cardiopatia ischemica
Insufficienza cardiaca congestizia
Angina instabile
Aritmie gravi
Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno tre tra le seguenti manifestazioni:

Acuta

Edema polmonare

Cronica in trattamento riabilitativo

Con ossigenoterapia domiciliare e continua con ventilazione domiciliare

Cronica riacutizzata

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, emodialitico e peritoneale

Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali

Patologie neuromuscolari evolutive

Tetraplegia

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie Ustioni gravi (terzo grado) con estensione almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson caratterizzato da:

riduzione attività motoria

mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta

Stato di Coma

Alzheimer

Malattie mentali e disturbi psichici caratterizzate da una tra le seguenti manifestazioni:

Disturbi ciclotimici con crisi subentranti o forme croniche gravi

Nevrosi fobico ossessiva grave

Nevrosi isterica grave

Psicosi ossessiva

Sindrome delirante cronica

Sindrome schizofrenica cronica

Sindrome depressiva endogena/esogena grave.

Si conferma l'elenco di cui all'allegato II del capitolato così come pubblicato in sede di gara.