

**PROCEDURA APERTA PER LA STIPULA DI UNA POLIZZA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA
DEI PREISCRITTI, DEGLI ISCRITTI E DEI PENSIONATI ATTIVI DELLA CNPADC
CIG 9343781BFF**

CHIARIMENTI N.2

QUESITO 8:

Si chiede conferma che in caso di partecipazione in coassicurazione, in merito alla possibilità di presentare la fideiussione provvisoria in forma ridotta del 20%, sia sufficiente che la certificazione ambientale ISO 14001 sia posseduta dalla sola mandataria”. Cordiali saluti.

RISPOSTA 8:

Si rimanda all’art. 10 “GARANZIA PROVVISORIA” del disciplinare di gara per cui “In caso di partecipazione in forma associata, la riduzione del 50% per il possesso della certificazione del sistema di qualità di cui all’articolo 93, comma 7 e del 20% per il possesso della certificazione del sistema di gestione ambientale, si ottengono: a) in caso di partecipazione dei soggetti di cui all’art. 45, comma 2, lett d), e), f), g), del Codice solo se tutte le imprese che costituiscono il raggruppamento, consorzio ordinario o GEIE, o tutte le imprese retiste che partecipano alla gara siano in possesso delle predette certificazioni; b) in caso di partecipazione in consorzio di cui all’art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, solo se la predetta certificazione sia posseduta dal consorzio e/o dalle consorziate. Le altre riduzioni previste dall’art. 93, comma 7, del Codice si ottengono nel caso di possesso da parte di una sola associata oppure, per i consorzi di cui all’art. 45, comma 2, lett. b) e c) del Codice, da parte del consorzio e/o delle consorziate.

QUESITO 9:

Spett.le Cassa, siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla gara in oggetto: 1) Con riferimento all’art. 7.2 del Disciplinare “Requisiti di capacità economico finanziaria” si chiede conferma che, in caso di partecipazione in RTI, il requisito si intenda soddisfatto anche se tutti i partecipanti al Raggruppamento lo posseggono in proprio. 2) Con riferimento all’art. 7.3 del Disciplinare “Requisiti di capacità tecnico professionale” si chiede conferma che, in caso di partecipazione in RTI, il requisito si intenda soddisfatto se posseduto nel RTI nel suo complesso e, in ogni caso, anche se tutti i partecipanti al Raggruppamento lo posseggono in proprio. 3) Con riferimento al servizio di accesso alla rete convenzionata di cui all’art. 15.1 del Disciplinare si chiede conferma che il raggiungimento delle 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia possa soddisfarsi ricorrendo a qualsiasi struttura o centro convenzionato, indipendentemente dalla tipologia degli stessi. 4) Con riferimento al servizio di call center di cui al Criterio C dell’art. 15.1 del Disciplinare si chiede conferma che il requisito possa dirsi posseduto dal concorrente mettendo a disposizione operatori dedicati ma non in via esclusiva alla Cassa. 5) Con riferimento all’indice reclami IVASS di cui al Criterio A dell’art. 15.1 del Disciplinare, si chiede come debba considerarsi il valore in caso di partecipazioni in RTI o coassicurazione. 6) Si chiede conferma che nel caso la stazione appaltante eserciti l’opzione di proroga del servizio per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure per l’individuazione di un nuovo contraente, gli importi dei massimali delle garanzie del capitolato debbano intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa. 7) In caso la stazione appaltante eserciti a facoltà di rinnovo di due anni del servizio, si chiede se l’appaltatore sia vincolato ad accettarlo o meno. 8) 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 ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, indicare le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale. 9) Con riferimento all’art. 7.2 del Disciplinare “Requisiti di capacità economico finanziaria” lettera b) si chiede

conferma che la raccolta premi specifica sia quella relativa al Ramo Malattia. 10) Per la comprova dei requisiti di capacità tecnico – professionale di cui al paragrafo 7.3, lettere a) e b) del Disciplinare, si chiede conferma che possano essere forniti i certificati di polizza recanti l’indicazione del contraente/associato, dell’oggetto contrattuale, dell’importo dei premi, della durata e del numero di assicurati. 11) Si chiede conferma che nella documentazione che il concorrente deve depositare ai fini della partecipazione alla gara non serva appore il timbro ma basti che sia firmata digitalmente (cfr. Modello di Offerta economica). 12) Si chiede conferma che la polizza di cui alla lettera b) del paragrafo 7.3 del disciplinare possa essere considerata anche come una delle tre polizze di cui alla lettera a) del predetto paragrafo avendone i necessari requisiti; 13) Con riferimento al criterio B dell’offerta tecnica si chiede che ai fini dell’indicazione del numero di strutture della rete convenzionata si possano considerare le strutture abilitate al ricovero diurno e notturno, i centri medici, i centri diagnostici, i laboratori, i poliambulatori, i centri di fisioterapia e gli studi odontoiatrici. 14) Nella dichiarazione di cui all’Allegato 7- Modello impegno a costituire RTI in cui i componenti del RTI devono indicare di “essere in possesso dei seguenti requisiti _____” si chiede conferma che si intendano i requisiti di partecipazione. In caso contrario si chiede di poter specificare quali requisiti si debbano dichiarare. 15) Il Criterio B.4 di cui alla tabella del paragrafo 15.1 del Disciplinare si applica quando la rete messa a disposizione dal concorrente è superiore a 1500 strutture sanitarie\centri convenzionati? 16) All’art. B.1.2 Prevenzione del Capitolato base si prevede che le prestazioni debbano essere effettuate in un’unica soluzione. Si intende che devono essere effettuate in un’unica struttura o possono essere effettuate in più strutture purché nella stessa giornata? 17) Con riferimento al paragrafo D.3 UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI della Polizza integrativa, si chiede conferma che, per le prestazioni di cui ai punti 4.1.1 (Visite e Accertamenti Diagnostici), il servizio di pagamento in forma diretta attivato direttamente presso la struttura sanitaria (senza necessità di telefonare alla società) non sia obbligatorio per l’aggiudicatario e che quindi tale servizio possa essere garantito nella forma tradizionale ossia per il tramite della Centrale operativa. 18) Capitolato di polizza base, art. 5. Posta la data di decorrenza dell’assicurazione, si chiede di precisare se vadano considerate indennizzabili le prestazioni sanitarie rese necessarie da eventi verificatisi prima di tale data (ossia infortuni già accaduti e malattie già diagnosticate) nei confronti degli assicurati. In caso affermativo, si chiede di precisare se tale condizione valga solo nei confronti dei soggetti inseriti inizialmente in copertura oppure anche nei casi di inclusioni in corso di vigenza contrattuale. 19) Capitolato di polizza base. Nella sezione dedicata alle Garanzie Principali vengono indicate come indennizzabili anche le prestazioni eseguite entro un certo numero di giorni dal termine del ricovero (120 oppure, in caso di grave evento morboso, 180). Si chiede di precisare come questa indicazione operi con riferimento a quanto previsto all’art. 6 (Prosecuzione della copertura oltre la scadenza), ai sensi del quale “Qualora il ricovero abbia inizio prima della scadenza del contratto e prosegua oltre tale data, sono comprese le spese sostenute fino al 180° giorno post-ricovero. La garanzia è operante sino a quando le Persone Assicurate di cui al precedente art. 2 vengano dimesse dall’Istituto di cura”. Dal primo pezzo di questo articolo si desume che, anche qualora il ricovero iniziato in copertura sia cessato oltre la scadenza, le spese post-ricovero sono ricomprese, nei termini previsti (120 o 180 giorni). Il secondo pezzo, invece, parrebbe escluderle qualora eseguite dopo le dimissioni avvenute fuori copertura (anche se per un ricovero iniziato in vigenza della stessa), visto che le dimissioni vengono indicate come il termine ultimo di operatività della garanzia. La richiesta vale anche con riferimento alla polizza integrativa (rif. art. A.3.7 – Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza e art. D.7 – Data del sinistro). 20) Capitolato di polizza base, sezione D. Si chiede se è corretta l’interpretazione per cui le prestazioni di assistenza previste in questa sezione siano erogabili sono con riferimento a fattispecie indennizzabili ai sensi del contratto (ad esempio non verrebbe fornito il trasporto sanitario all’assicurato che dovesse recarsi in un Istituto di cura per ricevere una prestazione esclusa ai sensi del contratto). 21) Capitolato di polizza integrativa, art. A.4.2 (Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio). Si chiede se sia corretto ritenere tale garanzia operante nei soli casi in cui la fisioterapia sia stata prescritta in diretta conseguenza di un infortunio, ma senza che nel frattempo l’assicurato abbia subito un ricovero con intervento chirurgico motivato dall’infortunio stesso. Ciò per distinguere chiaramente questi casi di fisioterapia da quella rientrante tra le prestazioni post ricovero ed evitare che, decorsi i 100 giorni post ricovero, l’assicurato che debba fare ulteriore fisioterapia possa chiederne l’indennizzo ai sensi della presente garanzia. 22) Si chiede di conoscere la data di prima decorrenza della copertura assicurativa sottoscritta dalla Cassa anche con precedenti Assicuratori e si chiede conferma che le malattie e gli infortuni pregressi siano in garanzia da tale data soltanto per gli Assicurati già in copertura alla data 31/12/2022. 23) Si chiede di poter specificare cosa si intenda per “dettaglio analitico”

dei sinistri da produrre con scadenza annuale e mensile (Art. 9 Capitolato Polizza Base). 24) Si chiede conferma che ai punti A.1.7, A.1.8 e A.1.12 del Capitolato Polizza Base siano ricomprese anche le visite specialistiche. 25) Si chiede conferma che i 45 giorni indicati all'articolo Art. 5 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO del Capitolato Polizza Base siano di calendario e non lavorativi. 26) Con riferimento all'articolo B.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA – PERIODI DI CARENZA del Capitolato Polizza Integrativa, si chiede se il diritto alla copertura decorra dalla data di prima decorrenza della copertura assicurativa sottoscritta dalla Cassa anche con precedenti Assicuratori come per la polizza base e, quindi, si chiede conferma che le malattie e gli infortuni pregressi siano in garanzia da tale data soltanto per gli Assicurati già in copertura alla data 31/12/2022. 27) Con riferimento all'articolo D.3 UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI del Capitolato Polizza Integrativa, si richiede di poter precisare meglio il funzionamento della procedura di attivazione della forma diretta direttamente presso la struttura sanitaria convenzionata. 28) Con riferimento alla seguente previsione di pag. 26 del Capitolato di Polizza Base “La centrale operativa deve fornire all'assicurato, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms., e-mail o contatto telefonico, conferma della “presa in carico” o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione” si chiede conferma: - che entro la tempistica delle 8 ore lavorative la centrale operativa deve fornire all'assicurato un mero riscontro di ricevimento della richiesta e non invece la conferma dell'autorizzazione della prestazione; - che il diniego della presa in carico non debba invece rispettare la tempistica delle 8 ore lavorative dalla richiesta in quanto per tale adempimento è necessaria un'istruttoria più complessa che richiede tempi maggiori. Cordiali saluti.

RISPOSTA 9

1) Con riferimento all'art. 7.2 del Disciplinare “Requisiti di capacità economico finanziaria” si chiede conferma che, in caso di partecipazione in RTI, il requisito si intenda soddisfatto anche se tutti i partecipanti al Raggruppamento lo posseggono in proprio.

In base a quanto indicato nel disciplinare, in caso di Coassicurazione, in considerazione della natura e della peculiarità del servizio assicurativo, i requisiti dovranno essere posseduti al 100% da ciascuna delle coassicuratrici.

Per altri dettagli si rimanda agli artt 7.2 e 7.4 del Disciplinare.

2) Con riferimento all'art. 7.3 del Disciplinare “Requisiti di capacità tecnico professionale” si chiede conferma che, in caso di partecipazione in RTI, il requisito si intenda soddisfatto se posseduto nel RTI nel suo complesso e, in ogni caso, anche se tutti i partecipanti al Raggruppamento lo posseggono in proprio.

Per il requisito di cui all'art. 7.3 lett.a) si rimanda all'art 7.4 del Disciplinare.

Il requisito di cui all'art. 7.4 lett. b) si intende soddisfatto se posseduto nel RTI nel suo complesso.

3) Con riferimento al servizio di accesso alla rete convenzionata di cui all'art. 15.1 del Disciplinare si chiede conferma che il raggiungimento delle 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia possa soddisfarsi ricorrendo a qualsiasi struttura o centro convenzionato, indipendentemente dalla tipologia degli stessi.

Si precisa che, nel suo complesso, le 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia devono erogare tutte le prestazioni previste dal capitolato tecnico e consentire pertanto agli assicurati di usufruire dei servizi assicurativi;

4) Con riferimento al servizio di call center di cui al Criterio C dell'art. 15.1 del Disciplinare si chiede conferma che il requisito possa dirsi posseduto dal concorrente mettendo a disposizione operatori dedicati ma non in via esclusiva alla Cassa.

Con riferimento al servizio di call center di cui al Criterio C dell'art. 15.1 del Disciplinare, si precisa che operatori del call-center devono intendersi dedicati in via esclusiva alla Cassa.

5) Con riferimento all'indice reclami IVASS di cui al Criterio A dell'art. 15.1 del Disciplinare, si chiede come debba considerarsi il valore in caso di partecipazioni in RTI o coassicurazione.

Il valore sarà considerato nel complesso.

6) Si chiede conferma che nel caso la stazione appaltante eserciti l'opzione di proroga del servizio per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure per l'individuazione di un nuovo contraente, gli importi dei massimali delle garanzie del capitolato debbano intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

Si conferma e si rimanda a quanto previsto dal Disciplinare di Gara all'art.4.2 Opzioni e rinnovi.

7) In caso la stazione appaltante eserciti a facoltà di rinnovo di due anni del servizio, si chiede se l'appaltatore sia vincolato ad accettarlo o meno

Art. 4.2 Opzioni e rinnovo. Tale clausola è vincolante per l'aggiudicatario.

8) 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 ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, indicare le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

Si rimanda all'art. 105 c.7 Dlgs 50/2016 s.m.i. per cui:

7. L'affidatario deposita il contratto di subappalto presso la stazione appaltante almeno venti giorni prima della data di effettivo inizio dell'esecuzione delle relative prestazioni. Al momento del deposito del contratto di subappalto presso la stazione appaltante l'affidatario trasmette altresì la dichiarazione del subappaltatore attestante l'assenza dei motivi di esclusione di cui all'articolo 80 e il possesso dei requisiti speciali di cui agli articoli 83 e 84

9) Con riferimento all'art. 7.2 del Disciplinare "Requisiti di capacità economico finanziaria" lettera b) si chiede conferma che la raccolta premi specifica sia quella relativa al Ramo Malattia.

Si conferma

10) Per la comprova dei requisiti di capacità tecnico – professionale di cui al paragrafo 7.3, lettere a) e b) del Disciplinare, si chiede conferma che possano essere forniti i certificati di polizza recanti l'indicazione del contraente/associato, dell'oggetto contrattuale, dell'importo dei premi, della durata e del numero di assicurati.

Si conferma

11) Si chiede conferma che nella documentazione che il concorrente deve depositare ai fini della partecipazione alla gara non serva appore il timbro ma basti che sia firmata digitalmente (cfr. Modello di Offerta economica).

E' sufficiente che sia firmata digitalmente

12) Si chiede conferma che la polizza di cui alla lettera b) del paragrafo 7.3 del disciplinare possa essere considerata anche come una delle tre polizze di cui alla lettera a) del predetto paragrafo avendone i necessari requisiti;

Si conferma

13) Con riferimento al criterio B dell'offerta tecnica si chiede che ai fini dell'indicazione del numero di strutture della rete convenzionata si possano considerare le strutture abilitate al ricovero diurno e notturno, i centri medici, i centri diagnostici, i laboratori, i poliambulatori, i centri di fisioterapia e gli studi odontoiatrici.

Si conferma a condizione che soddisfi le esigenze legate alle garanzie di polizza.

14) Nella dichiarazione di cui all'Allegato 7- Modello impegno a costituire RTI in cui i componenti del RTI devono indicare di "essere in possesso dei seguenti requisiti _____" si chiede conferma che si intendano i requisiti di partecipazione. In caso contrario si chiede di poter specificare quali requisiti si debbano dichiarare.

Si conferma e si rimanda al Disciplinare di Gara.

15) Il Criterio B.4 di cui alla tabella del paragrafo 15.1 del Disciplinare si applica quando la rete messa a disposizione dal concorrente è superiore a 1500 strutture sanitarie\centri convenzionati?

Si conferma che, relativamente al Criterio B.4 di cui alla tabella del paragrafo 15.1 del Disciplinare, il concorrente deve mettere a disposizione tutta la rete in convenzione e la stessa dovrà possedere almeno 1501 strutture sanitarie\centri convenzionati (es. se la Compagnia possiede una rete con 10.000 strutture per ottenere il punteggio massimo dovrà obbligatoriamente metterle a disposizione tutte e non plafonarle a 1.501) .

16) All'art. B.1.2 Prevenzione del Capitolato base si prevede che le prestazioni debbano essere effettuate in un'unica soluzione. Si intende che devono essere effettuate in un'unica struttura o possono essere effettuate in più strutture purché nella stessa giornata?

A maggior precisazione la prevenzione deve essere effettuata in un'unica struttura, salvo l'impossibilità della stessa di erogare tutte le prestazioni previste dal Capitolato tecnico; in quest'ultimo caso la prevenzione potrà essere effettuata in più strutture e pertanto in più giorni.

17) Con riferimento al paragrafo D.3 UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI della Polizza integrativa, si chiede conferma che, per le prestazioni di cui ai punti 4.1.1 (Visite e Accertamenti Diagnostici), il servizio di pagamento in forma diretta attivato direttamente presso la struttura sanitaria (senza necessità di telefonare alla società) non sia obbligatorio per l'aggiudicatario e che quindi tale servizio possa essere garantito nella forma tradizionale ossia per il tramite della Centrale operativa.

Si conferma che, per le prestazioni di cui ai punti 4.1.1 (Visite e Accertamenti Diagnostici), il servizio di pagamento in forma diretta attivato direttamente presso la struttura sanitaria (senza necessità di telefonare alla società) è obbligatorio per l'aggiudicatario.

18) Capitolato di polizza base, art. 5. Posta la data di decorrenza dell'assicurazione, si chiede di precisare se vadano considerate indennizzabili le prestazioni sanitarie rese necessarie da eventi verificatisi prima di tale data (ossia infortuni già accaduti e malattie già diagnosticate) nei confronti degli assicurati. In caso affermativo, si chiede di precisare se tale condizione valga solo nei confronti dei soggetti inseriti inizialmente in copertura oppure anche nei casi di inclusioni in corso di vigenza contrattuale.

Si conferma che sono considerate indennizzabili le prestazioni sanitarie rese necessarie da eventi verificatisi prima della data di decorrenza (ossia infortuni già accaduti e malattie già diagnosticate) sia nei confronti dei soggetti inseriti inizialmente in copertura che i soggetti inclusi in corso di vigenza contrattuale per tutte le garanzie previste dal capitolato tecnico ad eccezione , per i nuovi ingressi, della garanzia IPM accertata prima dell'ingresso in copertura.

19) Capitolato di polizza base. Nella sezione dedicata alle Garanzie Principali vengono indicate come indennizzabili anche le prestazioni eseguite entro un certo numero di giorni dal termine del ricovero (120 oppure, in caso di grave evento morboso, 180). Si chiede di precisare come questa indicazione operi con riferimento a quanto previsto all'art. 6 (Prosecuzione della copertura oltre la scadenza), ai sensi del quale "Qualora il ricovero abbia inizio prima della scadenza del contratto e prosegua oltre tale data, sono comprese le spese sostenute fino al 180° giorno post-ricovero. La garanzia è operante sino a quando le Persone Assicurate di cui al precedente art. 2 vengano dimesse dall'Istituto di cura". Dal primo pezzo di questo articolo si desume che, anche qualora il ricovero iniziato in copertura sia cessato oltre la scadenza, le spese post-ricovero sono ricomprese, nei termini previsti (120 o 180 giorni). Il secondo pezzo, invece, parrebbe escluderle qualora eseguite dopo le dimissioni avvenute fuori copertura (anche se per un ricovero iniziato in vigenza della stessa), visto che le dimissioni vengono indicate come il termine

ultimo di operatività della garanzia. La richiesta vale anche con riferimento alla polizza integrativa (rif. art. A.3.7 – Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza e art. D.7 – Data del sinistro).

Si precisa che la garanzia opera successivamente alla scadenza contrattuale per tutti eventi occorsi in vigenza di polizza entro i limiti e massimali previsti nonché per le spese sostenute fino al 120° giorno oppure 180° giorno post-ricovero.

20) Capitolato di polizza base, sezione D. Si chiede se è corretta l'interpretazione per cui le prestazioni di assistenza previste in questa sezione siano erogabili sono con riferimento a fattispecie indennizzabili ai sensi del contratto (ad esempio non verrebbe fornito il trasporto sanitario all'assicurato che dovesse recarsi in un Istituto di cura per ricevere una prestazione esclusa ai sensi del contratto).

A maggior precisazione, le prestazioni di assistenza previste nella Sezione D dovranno essere erogate nei termini previsti dal capitolato tecnico e non delimitate a fattispecie indennizzabili ai sensi del contratto.

21) Capitolato di polizza integrativa, art. A.4.2 (Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio). Si chiede se sia corretto ritenere tale garanzia operante nei soli casi in cui la fisioterapia sia stata prescritta in diretta conseguenza di un infortunio, ma senza che nel frattempo l'assicurato abbia subito un ricovero con intervento chirurgico motivato dall'infortunio stesso. Ciò per distinguere chiaramente questi casi di fisioterapia da quella rientrante tra le prestazioni post ricovero ed evitare che, decorsi i 100 giorni post ricovero, l'assicurato che debba fare ulteriore fisioterapia possa chiederne l'indennizzo ai sensi della presente garanzia.

A maggior precisazione, la garanzia prevista art. A.4.2 (Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio) opera in tutti i casi da Infortunio certificati dal Pronto Soccorso.

22) Si chiede di conoscere la data di prima decorrenza della copertura assicurativa sottoscritta dalla Cassa anche con precedenti Assicuratori e si chiede conferma che le malattie e gli infortuni pregressi siano in garanzia da tale data soltanto per gli Assicurati già in copertura alla data 31/12/2022.

Si specifica che le precedenti polizze assicurative sottoscritte dalla Cassa hanno sempre previsto l'operatività della copertura anche delle malattie pregresse per tutti gli iscritti senza soluzione di continuità.

23) Si chiede di poter specificare cosa si intenda per “dettaglio analitico” dei sinistri da produrre con scadenza annuale e mensile (Art. 9 Capitolato Polizza Base).

Per dettaglio analitico deve intendersi uno schema di sinistri analogo a quello pubblicato dalla Cassa con la presente procedura ossia con le specifiche relative alle prestazioni erogate.

24) Si chiede conferma che ai punti A.1.7, A.1.8 e A.1.12 del Capitolato Polizza Base siano ricomprese anche le visite specialistiche.

Si conferma che ai punti A.1.7, A.1.8 e A.1.12 del Capitolato Polizza Base sono ricomprese anche le visite specialistiche.

25) Si chiede conferma che i 45 giorni indicati all'articolo Art. 5 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO del Capitolato Polizza Base siano di calendario e non lavorativi.

Si conferma che i 45 giorni indicati all'articolo Art. 5 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO del Capitolato Polizza Base sono di calendario e non lavorativi.

26) Con riferimento all'articolo B.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA – PERIODI DI CARENZA del Capitolato Polizza Integrativa, si chiede se il diritto alla copertura decorra dalla data di prima decorrenza della copertura assicurativa sottoscritta dalla Cassa anche con precedenti Assicuratori come per la polizza base e, quindi, si chiede conferma che le malattie e gli infortuni pregressi siano in garanzia da tale data soltanto per gli Assicurati già in copertura alla data 31/12/2022.

Si conferma, come per la polizza base, che sono compresi in garanzia le malattie e gli infortuni pregressi per tutti gli assicurati.

Le carenze citate all'art. B.2 devono intendersi operanti esclusivamente per i soli nuovi iscritti e relativi nuclei familiari e/o volture.

27) Con riferimento all'articolo D.3 UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI del Capitolato Polizza Integrativa, si richiede di poter precisare meglio il funzionamento della procedura di attivazione della forma diretta direttamente presso la struttura sanitaria convenzionata.

Si rimanda a quanto espressamente previsto dal Capitolato polizza integrativa e al precedente chiarimento al punto 17.

28) Con riferimento alla seguente previsione di pag. 26 del Capitolato di Polizza Base “La centrale operativa deve fornire all'assicurato, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms., e-mail o contatto telefonico, conferma della “presa in carico” o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione” si chiede conferma: - che entro la tempistica delle 8 ore lavorative la centrale operativa deve fornire all'assicurato un mero riscontro di ricevimento della richiesta e non invece la conferma dell'autorizzazione della prestazione; - che il diniego della presa in carico non debba invece rispettare la tempistica delle 8 ore lavorative dalla richiesta in quanto per tale adempimento è necessaria un'istruttoria più complessa che richiede tempi maggiori.

Si conferma la modalità prevista nel capitolato di polizza ovvero che “La centrale operativa deve fornire all'assicurato, entro 8 (otto) ore lavorative dalla richiesta, tramite sms., e-mail o contatto telefonico, conferma della “presa in carico” o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione”.

QUESITO 10

Spett.le CNPADC, siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla gara in oggetto: A) CAPITOLATO POLIZZA BASE 1) Si chiede conferma che siano inclusi: Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura. 2) Si chiede conferma che, in caso di adesione da parte dei Dottori commercialisti al piano base, il pagamento del contributo venga effettuato dalla Cassa. Si chiede inoltre conferma che, relativamente alle inclusioni in corso d'anno, la modalità di calcolo del premio (100% in caso di inclusione nel primo semestre e 50% nel secondo) sia la medesima per i titolari e per gli eventuali componenti del nucleo familiare inseriti in copertura. 3) Art.5 Effetto e durata dell'assicurazione – pagamento del premio – regolazione del premio. Si chiede conferma che in luogo di quanto previsto dalla documentazione di gara l'art. inerente il pagamento del premio possa essere normato come di seguito: “Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno. Il Premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario, o tramite l'intermediario al quale è assegnato il Contratto, entro le ore 24 del 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza. Il Premio viene stabilito dalla Compagnia sulla base delle anagrafiche provvisorie e/o definitive fornite dal Contraente. 1. Se il Contraente paga il premio oltre la data di scadenza pattuita (dopo il 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza ed entro 6 mesi da questa data), il Contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. In tal caso, la Compagnia non fornisce quindi alcuna copertura assicurativa per i Sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione. Le coperture assicurative torneranno a essere attive, dopo il pagamento del Premio avvenuto entro 6 mesi, a decorrere dalla data indicata nel Certificato di polizza, quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione. 2. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza sopra pattuita il contratto di assicurazione si risolve. Il Contraente non potrà più riattivare le coperture assicurative, anche nel caso in cui decidesse di pagare il premio insoluto. In ogni caso, il Premio annuo è comunque dovuto”. 4) Sezione A – Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi - Si chiede conferma che i medicinali indennizzabili siano quelli prescritti in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati) - Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva non è erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato. → Indennità di lunga convalescenza: si chiede di dettagliare le modalità di determinazione del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'assicurato. 5) Sezione B – Prestazioni extra ricovero- Pacchetto maternità Si chiede conferma che, in caso di estensione facoltativa al nucleo: → Se il titolare è uomo,



Cassa Dottori Commercialisti

la garanzia è riservata alla coniuge/convivente (escludendo eventuali figlie, che quindi non hanno diritto alla presente garanzia) → Se il titolare è donna, la garanzia è riservata a quest'ultima, e solo in caso di mancato utilizzo può essere fruita da eventuali componenti del nucleo familiare assicurati. 6) Sezione E – Gestione sinistri Si chiede conferma che: - per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in caso di Assistenza diretta, debba essere presentata copia del certificato di prenotazione del Ricovero, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa; - in caso di Infortunio devono essere presentati anche: o referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da Infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra o se l'Infortunio è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile. o in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente - in caso di prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità" l'assicurato deve presentare il certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto; - in caso di gravidanza a rischio l'assicurato deve presentare il certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale B) CAPITOLATO POLIZZA INTEGRATIVA 1) A.3.1 Ricovero in istituto di cura Con riferimento al termine di 100 giorni quali spese pre ricovero, nel caso in cui queste siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti attiva, si chiede conferma che tali spese non siano indennizzabili ai sensi di polizza anche se funzionalmente legate ad un ricovero avvenuto in vigenza di copertura. Si chiede inoltre conferma che tali prestazioni rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato. 2) A.3.6. Indennità sostitutiva Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva non sia erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato 3) Art.4.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici Si chiede conferma che siano da considerare indennizzabili ai sensi di polizza anche quelle erogate a distanza per il tramite di dispositivi tecnologici che consentano al professionista di operare a distanza (c.d. Telemedicina) 4) Art.4.2 Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio Si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea: • dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nell'art.3.1, lettera g) post-ricovero) • dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (art.4.2) i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 100 giorni successivi al ricovero) come conseguenza di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, mentre i secondi solo se prescritti a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l'assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero). Con riferimento ai primi si chiede inoltre conferma che decorso il termine di 100 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la garanzia di cui all'art.4.2. "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio". 5) Sezione D – Sinistri Si chiede conferma che l'assicurato deve presentare: - la prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata - per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in caso di Assistenza diretta, copia del certificato di prenotazione del Ricovero, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa - in caso di Infortunio devono essere presentati anche: o referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da Infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra o se l'Infortunio è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile. o in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente - referti degli accertamenti diagnostici eseguiti prima della prestazione, ove previsti

dal Contratto, in caso di Ricoveri medici - per prestazioni odontoiatriche: o fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentscan o certificati di laboratorio. Nel rimanere in attesa di riscontro, si porgono cordiali saluti.

RISPOSTA 10

A) CAPITOLATO POLIZZA BASE

1) Si chiede conferma che siano inclusi: Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura.

In risposta al quesito vedasi art. A.2 Rischi esclusi.

2) Si chiede conferma che, in caso di adesione da parte dei Dottori commercialisti al piano base, il pagamento del contributo venga effettuato dalla Cassa.

Si conferma. Si precisa che è a carico della CNPADC il premio della polizza base a favore dei dottori commercialisti iscritti, dei pensionati attivi e dei prei scritti.

Si chiede inoltre conferma che, relativamente alle inclusioni in corso d'anno, la modalità di calcolo del premio (100% in caso di inclusione nel primo semestre e 50% nel secondo) sia la medesima per i titolari e per gli eventuali componenti del nucleo familiare inseriti in copertura.

Si precisa che il premio previsto per i familiari inclusi in corso d'anno deve intendersi con le stesse modalità dei titolari. Il premio per l'estensione dei familiari è a carico esclusivo del titolare di polizza.

3) Art.5 Effetto e durata dell'assicurazione – pagamento del premio – regolazione del premio. Si chiede conferma che in luogo di quanto previsto dalla documentazione di gara l'art. inerente il pagamento del premio possa essere normato come di seguito: “Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno. Il Premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario, o tramite l'intermediario al quale è assegnato il Contratto, entro le ore 24 del 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza. Il Premio viene stabilito dalla Compagnia sulla base delle anagrafiche provvisorie e/o definitive fornite dal Contraente. 1. Se il Contraente paga il premio oltre la data di scadenza pattuita (dopo il 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza ed entro 6 mesi da questa data), il Contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. In tal caso, la Compagnia non fornisce quindi alcuna copertura assicurativa per i Sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione. Le coperture assicurative torneranno a essere attive, dopo il pagamento del Premio avvenuto entro 6 mesi, a decorrere dalla data indicata nel Certificato di polizza, quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione. 2. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza sopra pattuita il contratto di assicurazione si risolve. Il Contraente non potrà più riattivare le coperture assicurative, anche nel caso in cui decidesse di pagare il premio insoluto. In ogni caso, il Premio annuo è comunque dovuto”.

Si precisa che l'Art.5 Effetto e durata dell'assicurazione – pagamento del premio – regolazione del premio deve intendersi esclusivamente quello previsto dal Capitolato di polizza senza alcuna modifica.

4) Sezione A – Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi –

Si chiede conferma che i medicinali indennizzabili siano quelli prescritti in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati) –

Si conferma che relativamente Sezione A – Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi i medicinali indennizzabili sono quelli prescritti in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base per il periodo post ricovero

- Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva non è erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato.

Si precisa che l'indennità sostitutiva di € 150.00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 180 giorno per ciascuna anno e per assicurato viene erogata dalla Compagnia nel caso in cui, a seguito di sinistro, l'assicurato non faccia richiesta di indennizzo.

→ **Indennità di lunga convalescenza: si chiede di dettagliare le modalità di determinazione del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'assicurato.**

Si precisa che per l'erogazione dell'indennità di lunga convalescenza l'assicurato dovrà produrre certificazione medica attestante i requisiti previsti dall'art. A1.17 rilasciata dall'Istituto di Cura.

5) Sezione B – Prestazioni extra ricovero- Pacchetto maternità Si chiede conferma che, in caso di estensione facoltativa al nucleo: → Se il titolare è uomo, la garanzia è riservata alla coniuge/convivente (escludendo eventuali figlie, che quindi non hanno diritto alla presente garanzia).

Si conferma

→ **Se il titolare è donna, la garanzia è riservata a quest'ultima, e solo in caso di mancato utilizzo può essere fruita da eventuali componenti del nucleo familiare assicurati.**

La garanzia è riservata al titolare donna o in alternativa si rimanda alla definizione di nucleo familiare "... *al coniuge non legalmente separato convivente, o il convivente more uxorio e dall'unito civilmente, tale indipendentemente dal genere*".

6) Sezione E – Gestione sinistri Si chiede conferma che:

- **per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in caso di Assistenza diretta, debba essere presentata copia del certificato di prenotazione del Ricovero, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa;**

- **in caso di Infortunio devono essere presentati anche: o referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da Infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); . è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra o se l'Infortunio è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile. o in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente - in caso di prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità" l'assicurato deve presentare il certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto; - in caso di gravidanza a rischio l'assicurato deve presentare il certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale**

Relativamente alla Sezione E – Gestione sinistri Si precisa che:

- per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in caso di Assistenza diretta, deve essere presentata copia del certificato di prenotazione del Ricovero, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa e/o prescrizione medica della prescrizione richiesta in cui viene indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;

- in tutti i casi di Infortunio devono essere presentato o un referto del Pronto Soccorso o un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

- in caso di prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità" l'assicurato deve presentare il certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;

- in caso di gravidanza a rischio l'assicurato non deve presentare il certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione ma il certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale

B) CAPITOLATO POLIZZA INTEGRATIVA

1) A.3.1 Ricovero in istituto di cura Con riferimento al termine di 100 giorni quali spese pre ricovero, nel caso in cui queste siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti attiva, si chiede

confirma che tali spese non siano indennizzabili ai sensi di polizza anche se funzionalmente legate ad un ricovero avvenuto in vigenza di copertura.

Si conferma che tali spese sono indennizzabili, ai sensi di polizza, dalla data di ingresso in garanzia dell'assicurato.

Si chiede inoltre conferma che tali prestazioni rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato.

Non si conferma.

2) A.3.6. Indennità sostitutiva Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva non sia erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato.

Si veda risposta al quesito n. 4

3) Art.4.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici Si chiede conferma che siano da considerare indennizzabili ai sensi di polizza anche quelle erogate a distanza per il tramite di dispositivi tecnologici che consentano al professionista di operare a distanza (c.d. Telemedicina).

Si conferma che possono essere considerati indennizzabili ai sensi di polizza anche Visite specialistiche e accertamenti diagnostici erogati a distanza per il tramite di dispositivi tecnologici.

4) Art.4.2 Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio Si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea: • dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nell'art.3.1, lettera g) post-ricovero) • dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (art.4.2) i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 100 giorni successivi al ricovero) come conseguenza di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, mentre i secondi solo se prescritti a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l'assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero). Con riferimento ai primi si chiede inoltre conferma che decorso il termine di 100 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la garanzia di cui all'art.4.2. "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio".

Si veda risposta n. 21 al quesito 9

5) Sezione D – Sinistri Si chiede conferma che l'assicurato deve presentare: - la prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata - per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in caso di Assistenza diretta, copia del certificato di prenotazione del Ricovero, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa - in caso di Infortunio devono essere presentati anche: o referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da Infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra o se l'Infortunio è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile. o in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente - referti degli accertamenti diagnostici eseguiti prima della prestazione, ove previsti dal Contratto, in caso di Ricoveri medici - per prestazioni odontoiatriche: o fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan o certificati di laboratorio.

Si veda risposta n. 6 del quesito 10 A) Capitolato Polizza Base

QUESITO 11



Cassa Dottori Commercialisti

Spett.le CNPADC, siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla gara in oggetto: 1. Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso o, in alternativa, l'indicazione delle differenze rilevanti tra le condizioni vigenti e quelle in corso. 2. Allegato 4 Modulo di offerta tecnica Criterio F, si chiede conferma che la descrizione della garanzia che determina l'attribuzione di punti 0 coincide con quella prevista all'interna del capitolato polizza base all'art B.1.2 Prevenzione – Check up specifici. 3. Si chiede conferma che: • la polizza base preveda l'adesione obbligatoria per tutti i soggetti preiscritti, iscritti e pensionati attivi; • la polizza base preveda l'adesione facoltativa e volontaria per i soggetti pensionati non attivi della CNPADC, superstiti di iscritto alla CNPADC titolari di pensione indiretta o di reversibilità, Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa e con costi a loro carico; • la polizza base preveda l'adesione facoltativa e volontaria per i componenti del nucleo familiare; • la polizza integrativa prevede sempre l'adesione facoltativa e volontaria ma a condizione che il soggetto sia assicurato con la polizza base. 4. Si chiede conferma che il valore dell'appalto pari a € 70.262.500,00 sia stato calcolato in riferimento alla sola componente ad adesione obbligatoria della polizza base (moltiplicando il premio di € 175 per 73.000 teste assicurate per la massima durata stimata). 5. Relativamente all'adesione alla polizza base da parte dei familiari si chiede conferma che, ipotizzando solo a titolo esemplificativo un premio di € 175 per il caponucleo, gli importi per l'adesione da parte dei familiari risulterebbero essere: • € 175 per estensione ad 1 familiare (escluso il caponucleo); • € 350 per estensione a 2 familiari (escluso il caponucleo); • € 525 per estensione a 3 o più familiari (escluso il caponucleo). 6. In riferimento ai premi indicati per la polizza integrativa si chiede se l'importo di € 780 da 15 a 25 anni di età includa o meno l'assicurato con età pari 25 anni. 7. Si chiede di poter integrare la statistica sinistri già pubblicata con le seguenti indicazioni: • specificare se le statistiche includono o meno i familiari. Si chiede eventualmente di ricevere le statistiche separate tra titolare e familiari; • distinzione tra importi erogati mediante rete convenzionata, mediante regime rimborsuale e mediante servizio sanitario nazionale. 8. Si chiede di poter ricevere, con riferimento a ciascuna annualità dell'ultimo triennio, l'indicazione: • del numero di titolari assicurati con la polizza base; • del numero di pensionati attivi assicurati con la polizza base; • del numero di titolari aderenti su base volontaria alla polizza base (se prevista tale possibilità dalla polizza vigente); • del numero di familiari aderenti alla polizza base con indicazione separata del numero di nuclei con 1 familiare, 2 familiari e 3 o più familiari; • del numero di aderenti alla polizza integrativa (con distinzione tra titolari e familiari). 9. Si chiede di poter ricevere, in riferimento a ciascuna delle ultime tre annualità, la distribuzione sesso/età degli assicurati. 10. Si chiede di ricevere indicazione dei premi in corso per tutti i livelli di premio e le categorie assicurate. 11. Si chiede di ricevere indicazione del volume annuo, in ciascuna delle ultime annualità, dei premi per ciascuna polizza (base ed integrativa) e categoria assicurata (titolari e familiari). 12. Art A.1.6 Capitolato polizza base, si chiede se il limite di € 15.000 sia da intendersi come sottomassimale o come massimale aggiuntivo rispetto ai € 260.000. 13. Art A.3 Capitolato polizza base, i limiti indicati per gli over 75 si intendono applicate per tutta l'area ricovero e sia all'interno della rete convenzionata che per l'accesso a strutture non convenzionate? 14. Art A.3 Capitolato polizza base, Retta di degenza presso struttura non convenzionata: il massimo indennizzo di € 300 al dì non si applica in caso di ricovero presso struttura convenzionata? 15. Nell'aera ospedaliera del Capitolato Polizza base non si fa riferimento al ticket. Si chiede di indicare se sia prevista unicamente la possibilità di richiedere l'indennità sostitutiva oppure se possibile l'accesso al servizio sanitario nazionale mediante pagamento del ticket e a quali condizioni. 16. Il massimo indennizzo previsto per le malattie mentali pari a € 5.000 è da intendersi un sottomassimale o un massimale aggiuntivo rispetto al massimale di € 260.000? 17. Art B.1.2 Capitolato Polizza Base, si chiede se il massimale di € 2.000 debba intendersi valido per tutta la prevenzione (check up specifici e il check up annuale). In caso di conferma di tale interpretazione, l'assicurato avrebbe a disposizione un check up annuale e, in aggiunta, i check up specifici. Tutto nel limite annuo di € 2.000. 18. Art 3.8 Capitolato polizza integrativa, il massimale di € 260.000 è da intendersi aggiuntivo rispetto al massimale di € 260.000 indicato all' art A.1 del capitolato della polizza base? Nel rimanere in attesa di riscontro, si porgono cordiali saluti.

RISPOSTA 11

1) Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso o, in alternativa, l'indicazione delle differenze rilevanti tra le condizioni vigenti e quelle in corso.).

Le condizioni della polizza base e della polizza integrativa attualmente in vigore sono disponibili e consultabili accedendo al sito istituzionale della CNPADC, www.cnpadc.it, al seguente percorso: <https://www.cnpadc.it/la-cassa-per-me/convenzioni/salute-e-benessere/polizza-sanitaria.html>

2. Allegato 4 Modulo di offerta tecnica Criterio F, si chiede conferma che la descrizione della garanzia che determina l'attribuzione di punti 0 coincide con quella prevista all'interna del capitolato polizza base all'art B.1.2 Prevenzione – Check up specifici.

Si conferma

3. Si chiede conferma che:

- **la polizza base preveda l'adesione obbligatoria per tutti i soggetti preiscritti, iscritti e pensionati attivi;**
Si conferma con premio a carico della CNPADC

- **la polizza base preveda l'adesione facoltativa e volontaria per i soggetti pensionati non attivi della CNPADC, superstiti di iscritto alla CNPADC titolari di pensione indiretta o di reversibilità, Dottori commercialisti esonerati dall'iscrizione alla Cassa e con costi a loro carico;**

Si conferma.

- **la polizza base preveda l'adesione facoltativa e volontaria per i componenti del nucleo familiare;**

Si conferma che la polizza base preveda l'adesione facoltativa e volontaria per tutti i componenti del nucleo familiare con premio a carico del titolare di polizza.

- **la polizza integrativa prevede sempre l'adesione facoltativa e volontaria ma a condizione che il soggetto sia assicurato con la polizza base.**

Si conferma

4. Si chiede conferma che il valore dell'appalto pari a € 70.262.500,00 sia stato calcolato in riferimento alla sola componente ad adesione obbligatoria della polizza base (moltiplicando il premio di € 175 per 73.000 teste assicurate per la massima durata stimata).

Si conferma

5. Relativamente all'adesione alla polizza base da parte dei familiari si chiede conferma che, ipotizzando solo a titolo esemplificativo un premio di € 175 per il caponucleo, gli importi per l'adesione da parte dei familiari risulterebbero essere: • € 175 per estensione ad 1 familiare (escluso il caponucleo); • € 350 per estensione a 2 familiari (escluso il caponucleo); • € 525 per estensione a 3 o più familiari (escluso il caponucleo).

Si conferma la modalità di calcolo.

6. In riferimento ai premi indicati per la polizza integrativa si chiede se l'importo di € 780 da 15 a 25 anni di età includa o meno l'assicurato con età pari 25 anni.

Si conferma che detto importo include l'assicurato con età pari 25 anni

7. Si chiede di poter integrare la statistica sinistri già pubblicata con le seguenti indicazioni:

- **specificare se le statistiche includono o meno i familiari.**

Si precisa che la statistica sinistri già pubblicata include il caponucleo e familiari

- **Si chiede eventualmente di ricevere le statistiche separate tra titolare e familiari;**

Il dato non è nella disponibilità della Stazione Appaltante

- **distinzione tra importi erogati mediante rete convenzionata, mediante regime rimborsuale e mediante servizio sanitario nazionale.**

Il dato non è nella disponibilità della Stazione Appaltante

8. Si chiede di poter ricevere, con riferimento a ciascuna annualità dell'ultimo triennio, l'indicazione:

- **del numero di titolari assicurati con la polizza base:**

anno 2019: n.72.434;

anno 2020: n. 73.238

anno 2021: n. 75.054

- **del numero di pensionati attivi assicurati con la polizza base:**

anno 2019: n. 4528

anno 2020: n. 4821

anno 2021: n. 5663

• del numero di titolari aderenti su base volontaria alla polizza base (se prevista tale possibilità dalla polizza vigente):

Possibilità non prevista dalla polizza vigente. L'attuale polizza Base con premio a carico della CNPADC è a favore degli iscritti, dei pensionati attivi e dei preiscritti della CNPADC e consente solo l'estensione a loro spese al proprio nucleo familiare. Non sono previste adesioni volontarie di altre categorie.

• del numero di familiari aderenti alla polizza base con indicazione separata del numero di nuclei con 1 familiare, 2 familiari e 3 o più familiari;

familiari aderenti alla polizza base anno 2019: n. 5017

familiari aderenti alla polizza base anno 2020: n. 6097

familiari aderenti alla polizza base anno 2021: n. 4001

non è disponibile l'indicazione del numero di nuclei con 1 familiare, 2 familiari e 3 o più familiari

• del numero di aderenti alla polizza integrativa (con distinzione tra titolari e familiari).

Aderenti alla polizza integrativa anno 2019: n. 927 (597 titolari + 330 familiari)

Aderenti alla polizza integrativa anno 2020: n. 1112 (726 titolari + 386 familiari)

Aderenti alla polizza integrativa anno 2021: n. 1504 (1101 titolari + 403 familiari)

9. Si chiede di poter ricevere, in riferimento a ciascuna delle ultime tre annualità, la distribuzione sesso/età degli assicurati.

ANNO		ISCRITTI	PRE- ISCRITTI	PENSIONATI ATTIVI
2019	%FEMMINE	34,31	44,30	9,19
	%MASCHI	65,69	55,70	90,81
	ETA' MEDIA	47	28	71
2020	%FEMMINE	34,60	45,93	9,73
	%MASCHI	65,40	54,07	90,27
	ETA' MEDIA	47	28	70
2021	%FEMMINE	35,01	43,69	10,29
	%MASCHI	64,99	56,31	89,71
	ETA' MEDIA	47	28	71

10. Si chiede di ricevere indicazione dei premi in corso per tutti i livelli di premio e le categorie assicurate.

Premio annuo polizza base a carico della Cassa per ogni iscritto e pensionato attivo € 102,00

Premio annuo polizza base a carico della Cassa per ogni preiscritto € 75,00

Premio per estensione della polizza base ai componenti del nucleo familiare a spese del titolare della polizza base: euro 102,00 per 1 solo familiare assicurato oltre l'iscritto, euro 204,00 per 2 familiari assicurati oltre l'iscritto, euro 306,00 complessivi nel caso di nucleo composto da 3 o più familiari assicurati oltre l'iscritto

Premio per adesione ed estensione della polizza integrativa a spese del titolare di polizza: euro 990,00 per l'iscritto alla CNPADC; euro 450,00 per familiari conviventi con età pari o inferiore a 14 anni; euro 750,00 per i familiari conviventi tra i 15 e i 25 anni; euro 990,00 per i familiari conviventi sopra i 25 anni.

11. Si chiede di ricevere indicazione del volume annuo, in ciascuna delle ultime annualità, dei premi per ciascuna polizza (base ed integrativa) e categoria assicurata (titolari e familiari).

Premio 2019 pagato dalla Cassa per la polizza base a favore degli iscritti dei pensionati attivi e dei preiscritti € 7.422.814

Premio 2020 pagato dalla Cassa per la polizza base a favore degli iscritti dei pensionati attivi e dei preiscritti € 7.512.800

Premio 2021 pagato dalla Cassa per la polizza base a favore degli iscritti dei pensionati attivi e dei preiscritti € 8.835.888 (di cui € 1,2 ml rischio estensione rischio Covid-19).

Premio 2019 polizza integrativa titolare e familiari: Euro 884.040,00

Premio 2020 polizza integrativa titolare e familiari: Euro 1.065.357,00

Premio 2021 polizza integrativa titolare e familiari: Euro 1.054.694,01

12. Art A.1.6 Capitolato polizza base, si chiede se il limite di € 15.000 sia da intendersi come sottomassimale o come massimale aggiuntivo rispetto ai € 260.000.

Si precisa che il limite di € 15.000 deve intendersi come un sottolimito.

13. Art A.3 Capitolato polizza base, i limiti indicati per gli over 75 si intendono applicate per tutta l'area ricovero e sia all'interno della rete convenzionata che per l'accesso a strutture non convenzionate?

Si precisa che i limiti indicati per gli over 75 si intendono applicate per tutta l'area ricovero e sia all'interno della rete convenzionata che per l'accesso a strutture non convenzionate.

14. Art A.3 Capitolato polizza base, Retta di degenza presso struttura non convenzionata: il massimo indennizzo di € 300 al dì non si applica in caso di ricovero presso struttura convenzionata?

Si conferma che il massimo indennizzo di € 300 al dì non si applica in caso di ricovero presso struttura convenzionata

15. Nell'area ospedaliera del Capitolato Polizza base non si fa riferimento al ticket. Si chiede di indicare se sia prevista unicamente la possibilità di richiedere l'indennità sostitutiva oppure se possibile l'accesso al servizio sanitario nazionale mediante pagamento del ticket e a quali condizioni.

Si chiede di indicare se sia prevista unicamente la possibilità di richiedere l'indennità sostitutiva

Si conferma che prevista unicamente la possibilità di richiedere l'indennità sostitutiva

16. Il massimo indennizzo previsto per le malattie mentali pari a € 5.000 è da intendersi un sottomassimale o un massimale aggiuntivo rispetto al massimale di € 260.000?

Si precisa che massimo indennizzo di € 5.000 deve intendersi come un sottolimito.

17. Art B.1.2 Capitolato Polizza Base, si chiede se il massimale di € 2.000 debba intendersi valido per tutta la prevenzione (check up specifici e il check up annuale). In caso di conferma di tale interpretazione, l'assicurato avrebbe a disposizione un check up annuale e, in aggiunta, i check up specifici. Tutto nel limite annuo di € 2.000.

Si conferma che il massimale di € 2.000 debba intendersi valido per tutta la prevenzione (check up specifici e il check up annuale).

18. Art 3.8 Capitolato polizza integrativa, il massimale di € 260.000 è da intendersi aggiuntivo rispetto al massimale di € 260.000 indicato all' art A.1 del capitolato della polizza base?

Si precisa che deve intendersi in aggiunta rispetto alla polizza Base.

QUESITO 12

Spett.le CNPADC, siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla gara in oggetto: 1. Il Disciplinare ammette la partecipazione alla gara in coassicurazione ma non precisa quale sia la documentazione che si debba presentare in tal caso e nella modulistica da compilare non vi è riferimento a questa forma di partecipazione. In caso di partecipazione in coassicurazione tra due Compagnie, una Delegataria e l'altra Delegante: • si chiede conferma che sia la Delegataria che la Delegante debbano compilare una Domanda di partecipazione ed integrarla con l'inserimento della forma di partecipazione della

coassicurazione. Si chiede, inoltre, se nella Domanda debbano essere inserite ulteriori dichiarazioni\precisazioni collegate a tale forma di partecipazione; • Si chiede conferma che sia la Delegataria che la Delegante debbano compilare il DGUE e le dichiarazioni sostitutive del DGUE; • Si chiede conferma che il contributo all'ANAC debba essere versato dalla Delegataria; • Si chiede se la garanzia provvisoria debba essere prodotta solo dalla Delegataria o invece in forma congiunta con la Delegante; • Si chiede se il Passoe debba essere prodotto sia dalla Delegataria che dalla Delegante; • Si chiede di indicare se in caso di coassicurazione vi sia dell'ulteriore documentazione amministrativa che debba essere presentata; • Si chiede conferma che l'offerta tecnica debba essere a firma congiunta della Delegataria e della Delegante e vada integrata con la dichiarazione di partecipazione in forma di coassicurazione; • Si chiede conferma che l'offerta economica debba essere a firma congiunta della Delegataria e della Delegante e vada integrata con la dichiarazione di partecipazione in forma di coassicurazione. 2. Si chiede conferma che, in caso di coassicurazione: • i requisiti di idoneità professionale e quelli di capacità economico-finanziaria debbano essere posseduti da ciascuna delle coassicuratrici; • che i requisiti di capacità tecnico-professionale di cui al paragrafo 7.3 del disciplinare debbano essere posseduti dalla Delegataria in virtù del seguente passaggio previsto al paragrafo 7.4 dello stesso disciplinare: "In caso di RTI o coassicurazione, il requisito minimo dei tre contratti dovrà essere posseduto dalla capogruppo o dalla delegataria". Nel rimanere in attesa di riscontro, si porgono cordiali saluti

RISPOSTA 12

- 1. Il Disciplinare ammette la partecipazione alla gara in coassicurazione ma non precisa quale sia la documentazione che si debba presentare in tal caso e nella modulistica da compilare non vi è riferimento a questa forma di partecipazione. In caso di partecipazione in coassicurazione tra due Compagnie, una Delegataria e l'altra Delegante: • si chiede conferma che sia la Delegataria che la Delegante debbano compilare una Domanda di partecipazione ed integrarla con l'inserimento della forma di partecipazione della coassicurazione.**
Si conferma
- 2. Si chiede, inoltre, se nella Domanda debbano essere inserite ulteriori dichiarazioni\precisazioni collegate a tale forma di partecipazione;**
Si rimanda a quanto previsto dal Disciplinare ed alla normativa in merito. Si offre a supporto in calce modello fac simile Dichiarazione_Coassicurazione
- 3. Si chiede conferma che sia la Delegataria che la Delegante debbano compilare il DGUE e le dichiarazioni sostitutive del DGUE; •**
Si rimanda a quanto indicato all'art. 13.1 ritenendo valide le prescrizioni riferite all'RTI non costituito
- 4. Si chiede conferma che il contributo all'ANAC debba essere versato dalla Delegataria;**
Il contributo è unico versato dalla delegataria
- 5. Si chiede se la garanzia provvisoria debba essere prodotta solo dalla Delegataria o invece in forma congiunta con la Delegante; •**
La fidejussione dovrà essere presentata in forma congiunta
- 6. Si chiede se il Passoe debba essere prodotto sia dalla Delegataria che dalla Delegante; •**
Il PASSOE, in caso di raggruppamento/coassicurazione, deve essere unico e generato dalla sola mandataria/delegataria. Deve contenere i dati di tutti gli operatori economici raggruppati e deve essere sottoscritto dalla mandataria/delegataria e dalle mandanti.
- 7. Si chiede di indicare se in caso di coassicurazione vi sia dell'ulteriore documentazione amministrativa che debba essere presentata; •**
Si rimanda a quanto indicato all'art. 13.1 ritenendo valide le prescrizioni riferite all'RTI non costituito
- 8. Si chiede conferma che l'offerta tecnica debba essere a firma congiunta della Delegataria e della Delegante e vada integrata con la dichiarazione di partecipazione in forma di coassicurazione; •**
Si conferma
- 9. Si chiede conferma che l'offerta economica debba essere a firma congiunta della Delegataria e della Delegante e vada integrata con la dichiarazione di partecipazione in forma di coassicurazione.**
Si conferma
- 10. 2. Si chiede conferma che, in caso di coassicurazione: • i requisiti di idoneità professionale e quelli**

di capacità economico-finanziaria debbano essere posseduti da ciascuna delle coassicuratrici; • che i requisiti di capacità tecnico-professionale di cui al paragrafo 7.3 del disciplinare debbano essere posseduti dalla Delegataria in virtù del seguente passaggio previsto al paragrafo 7.4 dello stesso disciplinare: “In caso di RTI o coassicurazione, il requisito minimo dei tre contratti dovrà essere posseduto dalla capogruppo o dalla delegataria”. Nel rimanere in attesa di riscontro, si porgono cordiali saluti

Si conferma e si rimanda a quanto indicato nella risposta a quesito 9 sub 1) e sub 2) relativi ad RTI

QUESITO 13

Spett.le CNPADC, nelle statistiche pubblicate gli importi relativi alle due garanzie “Invalidità permanente da malattia/long term care” sono riportati sulla stessa riga. Si chiede se sia possibile ricevere indicazione separata degli importi liquidati per ciascuna garanzia. Cordiali saluti.

RISPOSTA 13

Si offre dato aggiornato nella disponibilità della CNPADC fermo restando che la Polizza Base a Gara non prevede la garanzia LTC e IPI, mentre per la garanzia IPM è prevista la somma di euro 10.000,00 (la polizza attualmente in vigore di cui al report che segue prevede per la garanzia IPM la somma di euro 50.000,00):

Anno	Costo IPM	Costo IPI	Costo LTC
2018	706.344,00		257.000,00
2019	900.000,00		125.982,00
2020	900.000,00	50.000,00	100.000,00
2021	750.500,00		120.000,00
Totale	3.256.844,00	50.000,00	602.982,00

QUESITO 14

Spett.le CNPADC, è corretto intendere che l’“elevato standard di servizio” associato alle Strutture Sanitarie sia garantito da un processo di selezione e di monitoraggio della sussistenza di requisiti quantitativi e qualitativi? Cordiali saluti.

RISPOSTA 14

L’“elevato standard di servizio” deve essere garantito dalla presenza di almeno tre strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia .

QUESITO 15

Buonasera, si richiedono i seguenti chiarimenti: - Si richiede evidenza del numero di teste assicurate nelle annualità precedenti distinte per tipologia di assicurati (iscritti –pensionati –familiari) come definito nell’art. 2 Persone Assicurate del Capitolato tecnico ; - Si chiede evidenza degli andamenti tecnici dell’annualità in corso ; - Si chiede di poter fornire le statistiche sinistri differenziate tra iscritti e familiari ad adesione; - Si chiede conferma che non vi siano differenze rispetto alle condizioni attualmente in vigore, diversamente si chiede di evidenziarle; - Si richiede di indicare i premi unitari in vigore per l’annualità in corso e quelle precedenti ; - Si chiede di precisare se sarà la Cassa a prendersi carico della raccolta delle adesioni volontarie dei familiari degli iscritti; - Con riferimento a quanto riportato all’ art.1 Oggetto dell’ Assicurazione del Capitolato di polizza si chiede di precisare se nella ..rete di almeno 1000 strutture sanitarie/centri convenzionati...rientrano anche gli studi odontoiatrici; - Con riferimento al check up Annuale Art .B1.2

Prevenzione capitolato di Polizza Base si chiede di precisare cosa si intende con la dicitura ...Le prestazioni previste possono essere effettuate in una unica soluzione.... Si devono eseguire tutti gli esami o si intende in una sola giornata? - Con riferimento al check up Specifici Art .B1.2 cosa si intende ad integrazione del check-up annuale? Alcune prestazioni sono già presenti nel CK annuale; - Con riferimento all'Offerta tecnica art. 15.1 del disciplinare di gara nel Pacchetto Specifico Donna - Punteggio massimo totale Criterio E (F2) – si chiede conferma che le prestazioni indicate siano corrette poiché manca un esame rispetto a quanto indicato nel punto F1.

RIPOSTA 15

- Si richiede evidenza del numero di teste assicurate nelle annualità precedenti distinte per tipologia di assicurati (iscritti –pensionati –familiari) come definito nell'art. 2 Persone Assicurate del Capitolato tecnico ;

Si veda risposta al quesito 11, punto 8.

- Si chiede evidenza degli andamenti tecnici dell'annualità in corso;

Con riferimento all'anno 2022, si riportano i dati in possesso della Stazione Appaltante alla data del 30 giugno 2022:

- valore complessivo del pagato: € 2.015.221,19;

- valore del riservato: € 2.032.710,26.

Trattandosi dell'annualità in corso, tali valori non sono definitivi né possono ritenersi consolidati essendo suscettibili di variazione all'esito delle procedure di verifica e controllo.

- Si chiede di poter fornire le statistiche sinistri differenziate tra iscritti e familiari ad adesione;

Il dato non è nella disponibilità della Stazione Appaltante

- Si chiede conferma che non vi siano differenze rispetto alle condizioni attualmente in vigore, diversamente si chiede di evidenziarle;

Si veda punto n. 1 della risposta del quesito 11

- Si richiede di indicare i premi unitari in vigore per l'annualità in corso e quelle precedenti ;

Si veda risposta al quesito 11, punto 10

- Si chiede di precisare se sarà la Cassa a prendersi carico della raccolta delle adesioni volontarie dei familiari degli iscritti;

si precisa che sarà la Compagnia aggiudicataria che dovrà prendersi carico della raccolta delle adesioni volontarie dei familiari degli iscritti;

- Con riferimento a quanto riportato all' art.1 Oggetto dell' Assicurazione del Capitolato di polizza si chiede di precisare se nella ..rete di almeno 1000 strutture sanitarie/centri convenzionati...rientrano anche gli studi odontoiatrici;

si veda il punto n. 13 della risposta al quesito 9

- Con riferimento al check up Annuale Art .B1.2 Prevenzione capitolato di Polizza Base si chiede di precisare cosa si intende con la dicitura ...Le prestazioni previste possono essere effettuate in una unica soluzione.... Si devono eseguire tutti gli esami o si intende in una sola giornata?

Si veda il punto 16 della risposta al quesito 9

- Con riferimento al check up Specifici Art .B1.2 cosa si intende ad integrazione del check-up annuale? Alcune prestazioni sono già presenti nel CK annuale;

Si precisa che oltre al check-up annuale, il titolare può richiedere ulteriori prestazioni rilasciate in base all'età e genere.

- Con riferimento all'Offerta tecnica art. 15.1 del disciplinare di gara nel Pacchetto Specifico Donna - Punteggio massimo totale Criterio E (F2) – si chiede conferma che le prestazioni indicate siano corrette poiché manca un esame rispetto a quanto indicato nel punto F1.

Si conferma

QUESITO 16

1) A pag. 17 del Capitolato Polizza Base, Art. B.1.2. “PREVENZIONE”, nei “CHECK-UP SPECIFICI” relativamente alla “Prevenzione Pacchetto Uomo”, si chiede conferma che le prestazioni per gli Uomini over 50 anni siano da effettuarsi una volta ogni due anni, analogamente a quanto previsto per quelle relative agli uomini over 21 anni. 2) A pag. 6 del Capitolato Polizza Integrativa, art. A.3.4 “PARTO E ABORTO”, si chiede conferma che il massimale di € 5.000, previsto sia in caso di parto cesareo o di aborto indennizzabili a termini di polizza sia in caso di parto naturale avvenuto in istituto di cura, sia da intendersi per nucleo familiare e per anno assicurativo. 3) A pag. 30 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica”, il criterio A prevede l’attribuzione dei seguenti punteggi a seconda dell’“Indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso rc auto, nelle annualità 2020 e 2021”: - FINO A 5, 3 punti - OLTRE 5 FINO A 10, 7 punti - OLTRE 10, 10 punti Poiché riteniamo che si vogliano “premiare” le Compagnie che ricevono il minor numero di reclami, si chiede conferma che l’attribuzione dei punteggi più corretta sia la seguente: - FINO A 5, 10 punti - OLTRE 5 FINO A 10, 7 punti - OLTRE 10, 3 punti. 4) A pag. 32 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica”, il criterio D prevede l’attribuzione di un punteggio a seconda dell’Indice di solvibilità della Compagnia di Assicurazione. Poiché l’indice di solvibilità è un dato che ciascuna Compagnia di Assicurazione è tenuta a pubblicare annualmente nella Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR), si chiede conferma che l’indice di solvibilità da considerarsi per l’attribuzione del punteggio al criterio D sia quello relativo all’anno 2021 pubblicato ufficialmente da ciascuna Compagnia nella propria Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR). 5) A pag. 28 del Disciplinare, art. 13 “Documentazione offerta economica – Busta “C””, si legge: “in caso di discordanza tra prezzo complessivo offerto e ribasso unico percentuale prevarrà quest’ultimo”. Si chiede conferma che il riferimento al “prezzo complessivo offerto” rappresenti un refuso, in quanto in offerta economica vanno indicati solo: - il ribasso unico percentuale rispetto al premio massimo unitario annuo lordo pari a € 175,00 - il corrispondente premio unitario lordo offerto. 6) A pag. 31 del Disciplinare viene descritta l’attribuzione del punteggio per il criterio B “SERVIZIO DI ACCESSO AD UNA RETE CONVENZIONATA”, a seconda del numero di “strutture sanitarie/centri convenzionati di elevato standard di servizio con almeno 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia nelle quali gli assicurati possano usufruire dei servizi assicurativi”. La tabella prevede le seguenti possibilità di offerta: - B.1 almeno 1.000 (0 punti) - B.2 da 1.001 a 1.300 (5 punti) - B.3 da 1.301 a 1.500 (10 punti) - B.4 tutta la rete (20 punti) Si fa presente che “tutta la rete” può corrispondere a un numero di strutture molto diverso a seconda del concorrente che partecipa. Ad esempio se un concorrente possiede una rete che è costituita nel suo complesso da “sole” 1.200 strutture, non è chiaro se tale concorrente debba ricevere punteggio 5 (in quanto il suo numero di strutture sta nel range 1.001 – 1.300) oppure punteggio 20 (in quanto quelle 1.200 strutture rappresentano di fatto TUTTA la sua rete). Per ovviare a tale ambiguità e rendere il criterio oggettivo, si chiede conferma che il punto B.4 debba sostituirsi con “messa a disposizione di un servizio di accesso ad una rete di oltre 1500 strutture sanitarie/centri convenzionati di elevato standard di servizio con almeno 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia nelle quali gli assicurati possano usufruire dei servizi assicurativi”.

RISPOSTA 16

1) A pag. 17 del Capitolato Polizza Base, Art. B.1.2. “PREVENZIONE”, nei “CHECK-UP SPECIFICI” relativamente alla “Prevenzione Pacchetto Uomo”, si chiede conferma che le prestazioni per gli Uomini

over 50 anni siano da effettuarsi una volta ogni due anni, analogamente a quanto previsto per quelle relative agli uomini over 21 anni.

1) Si precisa che trattasi di prevenzione annuale, salvo diversamente normato nelle singole prestazioni

2) A pag. 6 del Capitolato Polizza Integrativa, art. A.3.4 “PARTO E ABORTO”, si chiede conferma che il massimale di € 5.000, previsto sia in caso di parto cesareo o di aborto indennizzabili a termini di polizza sia in caso di parto naturale avvenuto in istituto di cura, sia da intendersi per nucleo familiare e per anno assicurativo.

2) Si conferma che deve intendersi per nucleo familiare e per anno assicurativo.

3) A pag. 30 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica”, il criterio A prevede l’attribuzione dei seguenti punteggi a seconda dell’“Indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso rc auto, nelle annualità 2020 e 2021”: - FINO A 5, 3 punti - OLTRE 5 FINO A 10, 7 punti - OLTRE 10, 10 punti Poiché riteniamo che si vogliano “premiare” le Compagnie che ricevono il minor numero di reclami, si chiede conferma che l’attribuzione dei punteggi più corretta sia la seguente: - FINO A 5, 10 punti - OLTRE 5 FINO A 10, 7 punti - OLTRE 10, 3 punti.

3) Trattasi di un refuso, si precisa quindi che l’attribuzione del punteggio di cui al Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica” - Criterio A INDICE DEI RECLAMI IVASS avverrà come segue: “Indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso rc auto, nelle annualità 2020 e 2021”:

- FINO A 5 – 10 PUNTI
- OLTRE 5 FINO A 10 – 7 PUNTI
- OLTRE 10 – 3 PUNTI,

4) A pag. 32 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica”, il criterio D prevede l’attribuzione di un punteggio a seconda dell’Indice di solvibilità della Compagnia di Assicurazione. Poiché l’indice di solvibilità è un dato che ciascuna Compagnia di Assicurazione è tenuta a pubblicare annualmente nella Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR), si chiede conferma che l’indice di solvibilità da considerarsi per l’attribuzione del punteggio al criterio D sia quello relativo all’anno 2021 pubblicato ufficialmente da ciascuna Compagnia nella propria Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR).

4) Si conferma che sarà considerato l’indice di solvibilità relativo all’ultima annualità ufficialmente pubblicato

5) A pag. 28 del Disciplinare, art. 13 “Documentazione offerta economica – Busta “C””, si legge: “in caso di discordanza tra prezzo complessivo offerto e ribasso unico percentuale prevarrà quest’ultimo”. Si chiede conferma che il riferimento al “prezzo complessivo offerto” rappresenti un refuso, in quanto in offerta economica vanno indicati solo: - il ribasso unico percentuale rispetto al premio massimo unitario annuo lordo pari a € 175,00 - il corrispondente premio unitario lordo offerto.

5) Si conferma che la dicitura “prezzo complessivo offerto” rappresenta un refuso e che la previsione “in caso di discordanza tra prezzo complessivo offerto e ribasso unico percentuale prevarrà quest’ultimo” è da intendersi “in caso di discordanza tra premio unitario lordo offerto e ribasso unico percentuale prevarrà quest’ultimo”.

Si conferma che come previsto all’art 13 del Disciplinare di Gara in offerta economica vanno indicati l’indicazione in cifre e in lettere della percentuale di ribasso da applicare sul premio massimo unitario annuo lordo pari a Euro 175,00 e l’indicazione in cifre e in lettere del corrispondente premio unitario lordo offerto.

Si precisa che, in Offerta economica, è richiesta altresì l’indicazione dell’unica percentuale di ribasso da applicare ai premi unitari lordi relativi alla polizza sanitaria integrativa come previsto all’art. 13 lett. f) del Disciplinare. (si prenda altresì visione del modello fac simile “OFFERTA ECONOMICA” allegato 5 alla documentazione di Gara)

6) A pag. 31 del Disciplinare viene descritta l’attribuzione del punteggio per il criterio B “SERVIZIO DI ACCESSO AD UNA RETE CONVENZIONATA”, a seconda del numero di “strutture

sanitarie/centri convenzionati di elevato standard di servizio con almeno 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia nelle quali gli assicurati possano usufruire dei servizi assicurativi”. La tabella prevede le seguenti possibilità di offerta: - B.1 almeno 1.000 (0 punti) - B.2 da 1.001 a 1.300 (5 punti) - B.3 da 1.301 a 1.500 (10 punti) - B.4 tutta la rete (20 punti) Si fa presente che “tutta la rete” può corrispondere a un numero di strutture molto diverso a seconda del concorrente che partecipa. Ad esempio se un concorrente possiede una rete che è costituita nel suo complesso da “sole” 1.200 strutture, non è chiaro se tale concorrente debba ricevere punteggio 5 (in quanto il suo numero di strutture sta nel range 1.001 – 1.300) oppure punteggio 20 (in quanto quelle 1.200 strutture rappresentano di fatto TUTTA la sua rete). Per ovviare a tale ambiguità e rendere il criterio oggettivo, si chiede conferma che il punto B.4 debba sostituirsi con “messa a disposizione di un servizio di accesso ad una rete di oltre 1500 strutture sanitarie/centri convenzionati di elevato standard di servizio con almeno 3 strutture nel 95% dei capoluoghi di provincia nelle quali gli assicurati possano usufruire dei servizi assicurativi”.

6) Se il concorrente possiede un numero di strutture previste nel range B.1 almeno 1.000 (0 punti) - B.2 da 1.001 a 1.300 (5 punti) - B.3 da 1.301 a 1.500 (10 punti) prenderà il relativo punteggio anche se trattasi di intera rete convenzionata con la compagnia. Nel caso dell’esempio riportato nel quesito al “*concorrente che possiede una rete che è costituita nel suo complesso da “sole” 1.200 strutture*” saranno attribuiti punti 5. Per l’assegnazione del punteggio di cui al punto B.4 si veda risposta e precisazione al precedente quesito 9.15.

QUESITO 17

Spett.le Stazione Appaltante, si riportano le seguenti richieste di chiarimento e/o integrazione. - 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 - Totale teste assicurate dal 2017 ad oggi con il dettaglio delle varie categorie e/o piani assicurati e premi per le varie categorie e/o piani assicurati dal 2017 ad oggi e quelli in corso - Dettaglio sinistri con la spaccatura con il n. sinistri, importo richiesto, pagato e riservato con il dettaglio delle varie categorie e/o piani assicurati - In relazione al paragrafo “A.4.5 SERVIZI DI ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE CONVENZIONATE” del capitolato di Polizza Integrativa si chiede di conoscere per quali prestazioni si fa riferimento al voucher in forma cartacea da esibire presso la struttura del Network individuata e, in seconda analisi, se suddetto voucher può essere fornito in modalità alternativa. - Dal momento che, relativamente alla liquidazione indiretta, per la polizza base è previsto l’invio della documentazione solo in modalità cartacea (con restituzione degli originali a rimborso avvenuto), mentre per la polizza integrativa è previsto sia l’invio del cartaceo che l’upload dal sito, vorremmo sapere se è possibile unificare le modalità di richiesta di rimborso spese per le due polizze, utilizzando l’upload dal sito. Distinti saluti

RISPOSTA 17

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

Si veda risposta al quesito n. 11.1

Totale teste assicurate dal 2017 ad oggi con il dettaglio delle varie categorie e/o piani assicurati e premi per le varie categorie e/o piani assicurati dal 2017 ad oggi e quelli in corso

Polizza base anno 2017 n. 68.724 teste assicurate di cui 4.028 pensionati attivi

Polizza base anno 2018 n. 69.745 teste assicurate di cui 4.028 pensionati attivi

Premio unitario lordo a carico della Cassa Euro 102,00.

Anno 2017 e 2018 Premio per estensione della polizza base ai componenti del nucleo familiare a spese del titolare della polizza base: euro 102,00 per 1 solo familiare assicurato oltre l’iscritto, euro 204,00 per 2 familiari

assicurati oltre l'iscritto, euro 306,00 complessivi nel caso di nucleo composto da 3 o più familiari assicurati oltre l'iscritto

Premio per adesione ed estensione della polizza integrativa a spese del titolare di polizza: euro 990,00 per l'iscritto alla CNPADC; euro 450,00 per familiari conviventi con età pari o inferiore a 14 anni; euro 750,00 per i familiari conviventi tra i 15 e i 25 anni; euro 990,00 per i familiari conviventi sopra i 25 anni.

Per il totale teste assicurate polizza base anno 2019, 2020 e 2021 si veda risposta al quesito n. 11.8;

Per l'indicazione del premio unitario lordo piano base a carico della Cassa e del premio a carico del titolare di polizza per l'estensione della polizza base ai componenti del nucleo familiare per gli anni 2019, 2020 e 2021 e per l'anno in corso si veda risposta al quesito n. 11.10;

Aderenti alla polizza integrativa anno 2018: n. 852 (522 titolari + 330 familiari)

Aderenti alla polizza integrativa anno 2017: n. 427 (271 titolari + 156 familiari)

Per le adesioni alla polizza integrativa anni 2019, 2020 e 2021 si rimanda alla risposta al quesito n. 11.8

Dettaglio sinistri con la spaccatura con il n. sinistri, importo richiesto, pagato e riservato con il dettaglio delle varie categorie e/o piani assicurati –

Si veda risposta al quesito n. 1

In relazione al paragrafo “A.4.5 SERVIZI DI ACCESSO AL NETWORK A TARIFFE CONVENZIONATE” del capitolato di Polizza Integrativa si chiede di conoscere per quali prestazioni si fa riferimento al voucher in forma cartacea da esibire presso la struttura del Network individuata e, in seconda analisi, se suddetto voucher può essere fornito in modalità alternativa.

Si tratta di prestazioni odontoiatriche e utilizzo di tariffe e fisioterapisti convenzionati con la Compagnia; Si conferma inoltre che può essere fornito il voucher anche in forma alternativa quali a titolo di esemplificativo mail, sms

Dal momento che, relativamente alla liquidazione indiretta, per la polizza base è previsto l'invio della documentazione solo in modalità cartacea (con restituzione degli originali a rimborso avvenuto), mentre per la polizza integrativa è previsto sia l'invio del cartaceo che l'upload dal sito, vorremmo sapere se è possibile unificare le modalità di richiesta di rimborso spese per le due polizze, utilizzando l'upload dal sito.

Si precisa che relativamente alla liquidazione indiretta sia per la polizza base che per la polizza integrativa l'assicurato potrà inviare la documentazione sia in forma cartacea che utilizzando l'upload dal sito.

QUESITO 18

Si richiedono i seguenti chiarimenti: -A pag. 30 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell'offerta tecnica”, il criterio A prevede l'attribuzione dei seguenti punteggi a seconda dell’“Indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso rc auto, nelle annualità 2020 e 2021”. Si richiede di confermare che l'attribuzione di un punteggio maggiore a fronte di indice reclami più elevato sia frutto di refuso e debba essere sostituito nei seguenti termini o FINO A 5, 10 punti o OLTRE 5 FINO A 10, 7 punti o OLTRE 10, 3 punti - A pag. 32 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell'offerta tecnica”, il criterio D prevede l'attribuzione di un punteggio a seconda dell’Indice di solvibilità della Compagnia di Assicurazione. Si chiede conferma che l'indice di solvibilità di riferimento sia quello relativo all'anno 2021 - A pag. 28 del Disciplinare, art. 13 “Documentazione offerta economica – Busta “C””, si legge: “in caso di discordanza tra prezzo complessivo offerto e ribasso unico percentuale prevarrà quest'ultimo”. Si chiede conferma che il riferimento al “prezzo complessivo offerto” rappresenti un refuso, in quanto in offerta economica deve essere indicato unicamente il premio unitario offerto e relativo ribasso percentuale rispetto alla base d'asta.

RISPOSTA 18

A pag. 30 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica”, il criterio A prevede l’attribuzione dei seguenti punteggi a seconda dell’“Indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso rc auto, nelle annualità 2020 e 2021”. Si richiede di confermare che l’attribuzione di un punteggio maggiore a fronte di indice reclami più elevato sia frutto di refuso e debba essere sostituito nei seguenti termini o FINO A 5, 10 punti o OLTRE 5 FINO A 10, 7 punti o OLTRE 10, 3 punti

Si veda risposta al quesito 16.3

A pag. 32 del Disciplinare, art. 15.1 “Criteri di valutazione dell’offerta tecnica”, il criterio D prevede l’attribuzione di un punteggio a seconda dell’Indice di solvibilità della Compagnia di Assicurazione. Si chiede conferma che l’indice di solvibilità di riferimento sia quello relativo all’anno 2021

Si veda risposta al quesito 16.4

A pag. 28 del Disciplinare, art. 13 “Documentazione offerta economica – Busta “C””, si legge: “in caso di discordanza tra prezzo complessivo offerto e ribasso unico percentuale prevarrà quest’ultimo”. Si chiede conferma che il riferimento al “prezzo complessivo offerto” rappresenti un refuso, in quanto in offerta economica deve essere indicato unicamente il premio unitario offerto e relativo ribasso percentuale rispetto alla base d’asta.

Si veda risposta al quesito 16.5

Roma lì, 20/09/2022

Il RUP

Dott.ssa Cristina Pellegrino



**PROCEDURA APERTA PER LA STIPULA DI UNA POLIZZA PER LA COPERTURA
ASSICURATIVA SANITARIA DEI PRESCRITTI, DEGLI ISCRITTI E DEI PENSIONATI ATTIVI
DELLA CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA A FAVORE DEI DOTTORI
COMMERCIALISTI (“CNPADC”)
CIG. 9343781BFF**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ALLA COSTITUZIONE DELLA COASSICURAZIONE
(art. 48, comma 8 del D. Lgs. 50/2016 e successive modifiche ed integrazioni)**

1) IMPRESA DELEGATARIA /MANDATARIA

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in _____ qualità _____ di _____

(specificare se titolare, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa / società _____
con sede legale in _____
via _____ n. _____
Codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____
con codice attività n. _____

2) IMPRESA COASSICURATRICE /MANDANTE

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in _____ qualità _____ di _____

(specificare se titolare, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa / società _____
con sede legale in _____
via _____ n. _____
Codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____
con codice attività n. _____

2) IMPRESA COASSICURATRICE /MANDANTE

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____
in _____ qualità _____ di _____

(specificare se titolare, legale rappresentante, procuratore)
dell'impresa / società _____
con sede legale in _____
via _____ n. _____
Codice fiscale n. _____ Partita IVA n. _____
con codice attività n. _____

PREMESSO

che per la partecipazione alla procedura aperta per l'affidamento dell'appalto di cui all'oggetto ("Appalto"), le parti ritengono opportuna un'organizzazione comune delle attività relative e connesse alle operazioni conseguenti;

che, per quanto sopra, le parti intendono partecipare alla procedura per la stipula di una polizza per la copertura sanitaria dei prescritti, degli iscritti e dei pensionati attivi della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Dottori Commercialisti ("CNPADC") congiuntamente in COASSICURAZIONE, impegnandosi alla RELATIVA FORMALE costituzione, in caso di aggiudicazione, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 48, comma 8, del D. Lgs. 50/2016 e ss. mm. ii.;

DICHIARANO

- che la Compagnia Delegataria ritiene una quota maggioritaria del rischio oggetto della gara, rispetto alle altre singole coassicuratrici/deleganti, pari ad almeno il 60%, mentre le singole Coassicuratrici (Deleganti) ritengono una quota pari ad almeno il 20%;
- di impegnarsi irrevocabilmente, in caso di aggiudicazione del servizio di cui alla gara in oggetto, a conferire apposita delega all'impresa sopraindicata al numero 1), qualificata come Delegataria, la quale stipulerà il contratto in nome e per conto proprio e delle deleganti;
- di impegnarsi a non modificare la composizione della coassicurazione;
- che la delegataria sarà tenuta, in ogni caso, ad assolvere direttamente e per l'intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto (salvi e impregiudicati i rapporti interni tra le società assicuratrici);

Che le Imprese, con la sottoscrizione della presente dichiarazione, si impegnano a:

- riconoscere validi ed efficaci gli atti di gestione del coassicuratore delegatario;
- riconoscono fin d'ora valide le offerte formulate dal coassicuratore delegatario;
- garantiscono la sottoscrizione del 100% dei rischi;
- accettano le quote di coassicurazione riservate dalla compagnia delegataria.

La presente dichiarazione è sottoscritta in data

per l'impresa n. 1) da: (1).....
in qualità di
(specificare espressamente se titolare, legale rappresentante, procuratore)

per l'impresa n. 2) da: (1).....
in qualità di
(specificare espressamente se titolare, legale rappresentante, procuratore)

per l'impresa n. 3) da: (1).....
in qualità di
(specificare espressamente se titolare, legale rappresentante, procuratore)

Allegare copia di un valido documento di riconoscimento del firmatario della dichiarazione e copia della procura speciale nel caso in cui il firmatario sia un procuratore della Società.