

PROCEDURA DI GARA APERTA EX ART. 71 DEL D.LGS. N. 36/2023 E S.M.I. PER L'AFFIDAMENTO DI UNA POLIZZA PER LA COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA A FAVORE DEI DIPENDENTI CON QUALIFICA NON DIRIGENZIALE DELLA CNPADC IN ROMA - VIA MANTOVA N. 1

CIG B7BFDBDE12

CHIARIMENTI (III)

QUESITO 5:

Spett.le Stazione Appaltante, ai fini della composizione dell'offerta si chiede conferma che il DGUE richiesto dagli atti di gara possa essere compilato direttamente dal portale <https://cnpadc.acquistitelematici.it/> cliccando nell'apposita sezione "COMPILA EDGUE RESPONSE", attesa l'impossibilità della sua compilazione dal link presente nel disciplinare di gara alla pag. 26 <https://espd.eop.bg/espd-web/filter?lang=it>.

RISPOSTA 5:

Si conferma e si precisa che può essere utilizzato anche il PDF editabile come messo a disposizione dalla CNPADC documentazione di gara.

QUESITO 6:

Spett.le Stazione Appaltante, ai fini della possibile partecipazione alla presente procedura, si chiede di fornire riscontro alle seguenti richieste di chiarimento.

- 1) Con riferimento al Capitolato, art. 1 - **OGGETTO DELLA PRESTAZIONE**, si chiede gentilmente conferma all'Ente che l'assicurazione sia operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto con la Compagnia aggiudicataria della presente procedura di gara.
- 2) In riferimento ai limiti di indennizzo – in termini di franchigia/scoperto e minimo non indennizzabile – normati agli artt. 3.3 DAY HOSPITAL, 3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE e 3.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI lett. a), b) e c), si chiede conferma che siano da applicare per evento.
- 3) All'art. 3.8 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI del Capitolato, lett. b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate, è indicata anche la Retta di degenza quale "eccezione". Non trovando all'art. 3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA limiti specifici per la Retta di degenza (lett. d) in caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, si chiede conferma che il riferimento al punto 3.8 sia un refuso.
- 4) In riferimento agli Accertamenti Endoscopici di cui all'art. 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE, si chiede cortese conferma all'Ente che siano previsti in tale garanzia se eseguiti a fini diagnostici (con/senza biopsia, con/senza esame istologico), e che le Endoscopie operative – o divenute operative in corso di esame – siano in copertura alle condizioni e con i limiti dell'art. 3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE.
- 5) In riferimento ai Trattamenti Fisioterapici e riabilitativi previsti all'art. 5. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

E RIABILITATIVI, CURE TERMALI, si chiede cortesemente conferma che: a) debbano essere prescritti da medico “di base” o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, ed effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione (il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa) b) siano escluse prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu, e che non rientrino in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

6) Circa le Cure Termali dello stesso art. 5. **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI, CURE TERMALI**, si chiede conferma che: a) siano in copertura se effettuate da personale medico o paramedico abilitato, o presso Istituti autorizzati all’esercizio delle attività sanitarie termali b) che non rientrino in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

7) In riferimento alla garanzia **CURE OCULISTICHE** (art. 10), si chiede conferma che la franchigia di 300 euro si applichi “per sinistro” da intendere come “per invio/patologia” (fatture inviate insieme – lo stesso giorno nel caso di caricamento da sito/app – per la medesima patologia). Ai fini della corretta valutazione dei sinistri, si chiede anche conferma che per l’attivazione della garanzia sia sempre necessaria la prescrizione medica con patologia/quesito diagnostico.

8) In merito alla copertura delle Lenti prevista all’art. 10. **CURE OCULISTICHE**, si chiede gentilmente conferma che per l’attivazione della garanzia sia necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell’ottico optometrista, attestante la variazione del visus (o la prima prescrizione lenti).

9) Con riferimento allo stesso art. 10. **CURE OCULISTICHE**, si chiede cortesemente conferma all’Ente che con la prima voce dell’elenco “cure oculistiche” si intendano visite specialistiche, accertamenti diagnostici, farmaci, iniezioni intravitreali, etc., e invece non siano previste prestazioni che richiedano intervento chirurgico in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale, le quali saranno invece valutate alle condizioni delle garanzie di area ricovero.

10) Al fine di evitare contenziosi, si chiede gentilmente conferma che l’art. B-2 **ESCLUSIONI DALLE GARANZIE** possa essere integrato con la seguente esclusione: - le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici.

11) Al fine di poter effettuare una corretta valutazione tecnica, si richiede cortesemente di fornire i seguenti dati:

a. Anagrafica della popolazione assicurata coperta dal 2022 ad oggi, con indicazione per ciascun anno di:

I. Numero totale degli assicurati (teste in copertura) divisa tra titolari e familiari;

II. Ripartizione percentuale per genere;

III. Età media anagrafica;

IV. Area di provenienza

b. Dettagli relativi alla copertura assicurativa attualmente in essere, includendo:

I. Denominazione della compagnia assicurativa attuale;

II. Premio annuo pro capite corrisposto per ciascuna annualità;

III. Indicazione circa eventuali variazioni intervenute rispetto agli anni precedenti in termini di garanzie, massimali, scoperti e franchigie oppure conferma dell’invarianza delle condizioni.

12) A pagina 9 del Disciplinare di gara al paragrafo 4.2 “Opzioni, e modifiche del contratto in fase di esecuzione”, si legge “... Resta inteso che in caso di rifiuto della proroga richiesta dalla Cassa l’Aggiudicatario ... si impegna a prorogare l’assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 6 mesi oltre la scadenza contrattuale e dietro

corresponsione del corrispondente rateo di premio”. Si chiede conferma che, in riferimento alla proroga tecnica prevista, i massimali di garanzia debbano intendersi proporzionalmente ridotti in funzione della durata effettiva della copertura e del relativo rateo di premio corrisposto.

13) A pagina 8 del Disciplinare di gara al paragrafo 3. Oggetto dell'appalto, importo e suddivisione in lotti si legge "... - nucleo familiare composto da due persone: premio costituito dalla sommatoria tra l'importo definito per il singolo dipendente [€1.500,00 (euro milleduecento/00) meno ribasso d'asta] e l'importo medesimo ridotto del 25%; - nucleo familiare composto da tra o più persone: raddoppio del premio definito per il singolo dipendente [(€ 1.500,00 (euro milleduecento/00) meno ribasso d'asta moltiplicato due)]..." e poi successivamente a pagina 30 del Disciplinare di gara al paragrafo 14.3 Documentazione offerta economica – Busta "C" si legge "... nucleo familiare composto da due persone: premio costituito dalla sommatoria tra l'importo definito per il singolo dipendente [€1.500,00 (euro milleduecento/00) meno ribasso d'asta] e l'importo medesimo ridotto del 25%; nucleo familiare composto da tra o più persone: raddoppio del premio definito per il singolo dipendente [(€ 1.500,00 (euro milleduecento/00) meno ribasso d'asta moltiplicato due)]..." Si chiede cortese conferma che l'importo indicato in lettere (euro milleduecento/00) rappresenti un refuso e che l'importo corretto da considerare sia invece pari a € 1.500,00.

14) In merito alla compilazione dell'offerta economica, si chiede di chiarire come debba essere indicato il "premio unitario annuo lordo". Si chiede di specificare se in tale campo debba essere indicato il nuovo premio offerto dopo l'applicazione del ribasso, oppure solo l'importo unitario corrispondente allo sconto percentuale (cioè, il valore assoluto del ribasso). Si chiede conferma di quale delle due interpretazioni sia corretta ai fini della corretta compilazione dell'offerta economica.

15) Si chiede conferma, che in riferimento alla dichiarazione di offerta economica, il premio massimo unitario annuo lordo per singolo dipendente sia già compressivo della quota di adesione alla Cassa di Assistenza Sanitaria.

RISPOSTA 6:

1) Non si conferma e si rimanda all'art. A2 del Capitolato e Condizioni Generali di Assicurazione

2) Si conferma

3) Si conferma

4) Si rimanda all'art. 4 del Capitolato e Condizioni Generali di Assicurazione. Si conferma che agli Accertamenti Endoscopici di cui all'art. 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE, sono previsti in tale garanzia se eseguiti a fini diagnostici (con/senza biopsia, con/senza esame istologico). NON SI CONFERMA che Le Endoscopie operative – o divenute operative in corso di esame siano in copertura alle condizioni e con i limiti dell'art. 3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE. Si precisa che rientrano nelle prestazioni di Alta Specializzazione

5) a Si conferma

5) b Non si conferma

6) a Si conferma

6) b Non si conferma

7) Si conferma

8) Si conferma

9) Si conferma

10) Non si conferma

11) a I:

anno 2022 titolari n.163 e familiari n.73;

anno 2023 titolari n.165 e familiari n.74;

anno 2024 titolari n.164 e familiari n.72;

anno 2025 titolari n.161 e familiari n.68.

11) a II:

anno 2022 Maschile 44,49% - Femminile 55,51%;

anno 2023 Maschile 44,77% - Femminile 55,23%;

anno 2024 Maschile 44,92% - Femminile 55,08%;

anno 2025 Maschile 45,41% - Femminile 54,59%;

11) a III:

anno 2022 età anagrafica 43 anni;

anno 2023 età anagrafica 43 anni;

anno 2024 età anagrafica 44 anni;

anno 2025 età anagrafica 45 anni;

11) a IV:

anno 2022, anno 2023, anno 2024 e anno 2025 area di provenienza Lazio (Roma e Provincia);

si segnala che la sede di lavoro dei titolari è Roma.

11)b I: Compagnia Reale Mutua di Assicurazioni

11) b II: il premio unitario annuo lordo - compresi oneri fiscali ed eventuali altri contributi obbligatori per legge – per la copertura di ogni dipendente (titolare di polizza) è ad oggi pari a € 768,00;

i costi per l'estensione della copertura ai componenti del nucleo familiare e a carico del dipendente sono pari a:

€ 576,00 in caso di nucleo familiare con un solo componente oltre il titolare di polizza;

€ 768,00 in caso di nucleo familiare con due o più componenti oltre il titolare di polizza.

11) b III: Si offre per opportuno confronto la polizza attualmente in vigore (all. n. 1 al presente documento)

12)Non si conferma

13) Si conferma che l'importo indicato in lettere (euro milleduecento/00) rappresenta un refuso e che l'importo corretto da considerare è pari a € 1.500,00.

14) Si precisa che deve essere indicato il nuovo premio unitario annuo lordo offerto dopo l'applicazione del ribasso

15) Si conferma

QUESITO 7:

Spett.le Stazione Appaltante, siamo con la presente a rivolgerVi cortesemente le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla procedura in oggetto: 1. Si chiede cortesemente di poter ricevere la “Politica per la prevenzione della corruzione”, in quanto il percorso indicato sul Disciplinare di gara non ci risulta corrispondere a quanto presente sul sito (sezione la Cassa, Sistemi di Gestione, Sistema di Gestione Qualità e Prevenzione della Corruzione).

2. Con riferimento al requisito di cui all'art. 7.3 lett. b) del Disciplinare si chiede conferma che per centri diagnostici si debbano intendere Poliambulatori, Centri diagnostici, Laboratori di analisi, Studi fisioterapici e studi medici.

3. Con riferimento al requisito di cui all'art. 7.3 lett. c) del Disciplinare si chiede conferma che il call center debba intendersi dedicato ma non in via esclusiva. Si chiede, inoltre, conferma che il numero verde serva solo per le chiamate da numero fisso mentre per le chiamate da cellulari e dall'estero possa essere attivato un numero “nero” (oggi la maggior parte della popolazione adotta una tariffa telefonica flat e, pertanto, l'adozione di un numero telefonico “nero” non comporterebbe un aggravio di costi per la maggior parte degli assicurati).

4. In relazione al CCNL indicato nel Disciplinare di gara come quello di riferimento per il presene appalto (CCNL per il personale dipendente non dirigente delle imprese di

assicurazione/assistenza), si chiede conferma che vi rientri il CCNIA ANIA per il personale dipendente (Codice CNEL J121).

5. Con riferimento all'ultimo alinea dell'articolo 18 del Disciplinare (mancato superamento della soglia di sbarramento per l'offerta tecnica) si chiede conferma che si tratti di refuso o di segnalare cortesemente quale sia la soglia.

6. Considerato che gli obblighi di cui all'art.26 del D.Lgs. 81/2008 si applicano alle attività affidate in appalto a condizione che il committente abbia la disponibilità giuridica dei luoghi in cui si svolgono le attività appaltate (".... sempre che abbia la disponibilità giuridica dei luoghi in cui si svolge l'appalto o la prestazione di lavoro autonomo.....") e l'appalto di cui alla presente procedura di gara non rientra in tale casistica, si chiede conferma che nella domanda di partecipazione non debbano essere indicati i nominativi dei soggetti che svolgono la funzione di preposto ai sensi dell'art. 26, c. 8-bis del D.Lgs. 81/08.

7. Si chiede se la copertura è da intendersi ad adesione obbligatoria o facoltativa per i dipendenti. Nel caso operi ad adesione si chiede, relativamente alle ultime annualità, il numero di aderenti, il numero totale di dipendenti e se il numero di 180 indicato nella documentazione rappresenta una stima degli aderenti o il totale dei dipendenti che possono sottoscrivere la copertura.

8. Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso o, in alternativa, indicazione delle differenze rilevanti tra capitolato in corso e quello posto a base d'asta.

9. Si chiede di poter conoscere la decorrenza dell'attuale copertura.

10. Con riferimento alla statistica sinistri, si chiede di fornire un maggiore dettaglio in ordine alle categorie caponucleo (specificando se si tratta di dipendente o pensionato) e familiari (specificando se si tratta di familiare di dipendente o di pensionato).

11. Si chiede di ricevere indicazione dei premi pro capite in corso specificando se si tratta di importi al lordo o al netto delle imposte.

12. Si chiede di ricevere indicazione del volume annuo dei premi (con dettaglio per categoria) specificando se si tratta di importi al lordo o al netto delle imposte.

13. Si chiede di ricevere il numero di teste assicurate per categoria assicurata delle ultime annualità.

RISPOSTA 7:

1. Si rimanda al seguente percorso <https://www.cnpadc.it/la-cassa/sistemi-di-gestione/modello-ex-dlgs-n-231/01.html>

2. Si conferma

3. Si conferma che il call center sia dedicato ma non in via esclusiva. Non si conferma che il numero verde sia solo per le chiamate da numero fisso

4. Si rimanda a quanto espressamente previsto al paragrafo 3 del Disciplinare di Gara. Il CCNL individuato dalla Stazione appaltante è il CCNL per il personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione/assistenza (codice alfanumerico J131). Ai sensi dell'articolo 11, commi 3 e 4, del Codice, l'Operatore economico che applica un diverso CCNL lo deve indicare nella propria offerta purché detto contratto garantisca ai dipendenti le tutele economiche e normative di quello sopra indicato.

5. Si conferma che trattasi di un refuso e che non è prevista soglia di sbarramento

6. E' richiesta l'indicazione del personale che svolge il ruolo di preposto.

7. La copertura è da intendersi ad adesione facoltativa. Di seguito il dettaglio:

Anno 2022 n. dipendenti aderenti 163 su n. totale dipendenti 177;

Anno 2023 n. dipendenti aderenti 165 su n. totale dipendenti 176;

Anno 2024 n. dipendenti aderenti 164 su n. totale dipendenti 173;

Anno 2025 n. dipendenti aderenti 161 su n. totale dipendenti 178.

Il numero 180 indicato nella documentazione di gara si riferisce al totale dei dipendenti.

8. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 b) III

9. Dalle ore 00:00 del 01/01/2022 alle ore 24:00 del 31/12/2025

10. Si rimanda alla statistica sinistri già pubblicata in riscontro alla richiesta di chiarimento n. 1. Si precisa che la copertura in vigore non è sottoscrivibile dai pensionati e di conseguenza non vi sono tra gli assicurati familiari di pensionati.

11. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 b) III

12. Volume annuo lordo (comprensivo delle imposte):

Anno 2022 € 148.416,00 oltre € 1.000,00 di Contributo Associativo Cassa di Assistenza Sanitaria;

Anno 2023 € 151.104,00 oltre € 1.000,00 di Contributo Associativo Cassa di Assistenza Sanitaria;

Anno 2024 € 149.568,00 oltre € 1.000,00 di Contributo Associativo Cassa di Assistenza Sanitaria;

Anno 2025 € 145.920,00 oltre € 1.000,00 di Contributo Associativo Cassa di Assistenza Sanitaria.

Si allegano n. 4 prospetti di dettaglio (All. n. 2 al presente documento).

13. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 a) I

QUESITO 8:

Spettabile Stazione Appaltante, si chiede di chiarire i seguenti punti:

1) è prevista la forma di assistenza mista?

2) si chiede di indicare quale scoperto applicare in caso di utilizzo di strutture convenzionate ma con personale non convenzionato;

3) si chiede di confermare che in caso di utilizzo di strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con prestazioni effettuate da medici convenzionati si applichi la franchigia anche alla retta di degenza;

4) si chiede di confermare che in caso di utilizzo di strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con prestazioni effettuate da medici convenzionati si applichi la franchigia anche all'accompagnatore;

5) si chiede di confermare che l'elenco di cui all'art 4 del capitolato sia tassativo;

6) si chiede di confermare che le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie oncologiche, anche farmacologiche relative a malattie oncologiche vengano gestite in primis utilizzando il massimale e le condizioni della garanzia di cui all'art. 7 del Capitolato;

7) si chiede di confermare che le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie oncologiche, anche farmacologiche relative a malattie oncologiche vengano gestite nelle garanzie di cui all'art. 4 e 5 del capitolato solo in caso di esaurimento del massimale di cui all'art. 7 del capitolato;

8) si chiede di confermare che lo scoperto minimo previsto per le garanzie di cui all'art 5 del capitolato sia a prestazione

RISPOSTA 8:

1) Si conferma

2) Per l'utilizzo delle strutture convenzionate si rimanda all'art. cap. 3.8 lettera a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati del Capitolato di Polizza e Condizioni Generali di Assicurazione. Per il personale non convenzionato si rimanda all'art. cap. 3.8 lettera b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate del Capitolato di Polizza e Condizioni Generali di Assicurazione

3) Si conferma e si precisa che le spese relative alla retta di degenza rientrano nel totale delle spese mediche relative al ricovero, a cui sono applicati scoperti/franchigie, non che siano considerate a parte)

- 4) *Si conferma e si precisa che le spese relative all'accompagnatore rientrano nel totale delle spese mediche relative al ricovero, a cui sono applicati scoperti/franchigie, non che siano considerate a parte)*
- 5) *Non si conferma e si rimanda all'art 4 del Capitolato di polizza e Condizioni Generali di Assicurazione*
- 6) *Si conferma*
- 7) *Si conferma*
- 8) *Non si conferma e si rimanda a quanto previsto all'art. 5, del Capitolato di polizza e Condizioni generali di assicurazione.*

QUESITO 9:

- Spettabile Stazione Appaltante, si prega di chiarire quanto segue. 1) Si richiede di fornire la statistica di dettaglio delle annualità 2022-2023-2024-2025 aggiornata al 31/07/2025 o con indicazione della data di estrazione/aggiornamento (in assenza di tale dato fornire la statistica degli ultimi 3 anni) e con evidenza per ciascun sinistro di quanto segue: - garanzia - categoria (Dipendente, familiare dipendente, ex Dipendente in pensione, familiare ex dipendente in pensione) - importo richiesto, pagato, riservato - modalità di erogazione della prestazione rete/convenzione - fuori rete/non in convenzione - SSN.**
- 2) Si chiede di fornire per le annualità 2022-2023-2024-2025 il numero degli assicurati distinti in: dipendenti, ex dipendenti in pensione che hanno aderito alla copertura e loro rispettivi familiari.**
- 3) Si chiede di indicare l'età dei dipendenti e degli ex dipendenti in pensione che hanno aderito alla copertura; in assenza dell'informazione puntuale indicare l'età media.**
- 4) Si chiede di conferma che nella definizione del premio per l'estensione facoltativa all'intero nucleo familiare con le espressioni "nucleo familiare composto da due persone" e "nucleo familiare composto da tre o più persone" si intende rispettivamente "dipendente + 1 familiare" e "dipendente + 2 o più familiari.**
- 5) Si chiede di Indicare i premi in corso per i dipendenti e per i nuclei con 2 componenti e i nuclei con 3 o più componenti.**
- 6) Si chiede di indicare i premi complessivi per le annualità 2022-2023-2024-2025 suddivisi tra dipendenti e "nuclei con 2 componenti" e "nuclei con 3 o più componenti ". In assenza di tale dettaglio fornire i premi complessivi per le annualità 2022-2023-2024-2025.**
- 7) Si chiede di specificare se le condizioni previste nel capitolato a bando di gara (senza le migliorie richieste) replicano le condizioni in corso e quelle degli anni precedenti; se differenti fornire le CGA o in alternativa indicare le eventuali differenze..**

RISPOSTA 9:

- 1. Si rimanda alla risposta n. 1 e alla risposta n. 7 punto 10*
- 2. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 a) I e si precisa che non è prevista la possibilità degli ex dipendenti in pensione di aderire alla polizza in vigore, di conseguenza con la polizza in vigore non risultano assicurati familiari di pensionati*
- 3. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 a) III e si precisa che l'attuale copertura non prevede la possibilità degli ex dipendenti in pensione di aderire alla polizza, di conseguenza non vi sono tra gli assicurati familiari di pensionati*
- 4. Si conferma*
- 5. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 b) II*
- 6. Si rimanda alla risposta n. 7 punto 12.*
- 7. Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 b) III*

QUESITO 10:

Spett.le Ente, richiediamo i seguenti chiarimenti:

- 1. Si chiede di indicare le differenze tra il contratto attualmente in corso e il capitolato di gara.**
- 2. Si chiede di fornire la statistica sinistri relativa alle ultime tre annualità, aggiornata all'ultima data disponibile, distinta per anno, piano, categoria, garanzia e canale (diretta/indiretta/SSN) contenente: - il numero di sinistri; - importo richiesto; - importo liquidato; - importo riservato; - premi di competenza**
- 3. Si chiede di fornire i premi unitari annui lordi delle annualità 2023, 2024 e 2025 distinti per:**
 - Singolo dipendente con qualifica non dirigenziale;**
 - Nucleo familiare composto da due persone;**
 - Nucleo familiare composto da tre o più persone;**
 - Ex dipendenti Cassa pensionati;**
 - Nucleo familiare ex dipendenti Cassa pensionati.**
- 4. Si chiede di fornire il totale premi annui lordi delle annualità 2023, 2024 e 2025 distinti per:**
 - Singolo dipendente con qualifica non dirigenziale; - Nucleo familiare composto da due persone; - Nucleo familiare composto da tre o più persone; - Ex dipendenti Cassa pensionati; - Nucleo familiare ex dipendenti Cassa pensionati.**
- 5. Si chiede di fornire le teste sotto rischio del 2023, 2024 e 2025 distinte per: - Singolo dipendente con qualifica non dirigenziale; - Nucleo familiare composto da due persone; - Nucleo familiare composto da tre o più persone; - Ex dipendenti Cassa pensionati; - Nucleo familiare ex dipendenti Cassa pensionati.**

RISPOSTA 10:

- 1) Si rimanda alla risposta n 6 punto 11 b) III*
- 2) Si rimanda alla statistica sinistri già pubblicata in risposta al quesito n. 1 e nella disponibilità della CNPADC*
- 3) Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 b) II e si precisa che non è prevista la possibilità degli ex dipendenti in pensione di aderire alla polizza in vigore, di conseguenza non vi sono tra gli assicurati della polizza in vigore familiari di pensionati*
- 4) Si rimanda alla risposta n. 7 punto 12 e si precisa che non è prevista la possibilità degli ex dipendenti in pensione di aderire alla polizza in vigore, di conseguenza non vi sono tra gli assicurati della polizza in vigore familiari di pensionati*
- 5) Si rimanda alla risposta n. 6 punto 11 a) I e si precisa che non è prevista la possibilità degli ex dipendenti in pensione di aderire alla polizza in vigore, di conseguenza con la polizza in vigore non risultano assicurati familiari di pensionati*

QUESITO 11:

- 1 Relativamente al Capitolato Tecnico, sezione Glossario, Definizione “Indennità Sostitutiva”, si chiede di confermare che, vista la formulazione della definizione, l’indennità sostitutiva NON sia prevista in caso di Day Hospital.**
- 2. Relativamente al Capitolato Tecnico, art. 4 ALTA SPECIALIZZAZIONE, sez. Terapie, si richiede di indicare se le terapie che saranno svolta in regime di ricovero o di dh dovranno essere coperte sotto la garanzia Alta Specializzazione o sotto quella dei “Ricoveri”.**
- 3. Relativamente al Capitolato Tecnico, art. 7 MALATTIE ONCOLOGICHE, si richiede di meglio specificare come questa garanzia si concili nei casi di terapie e accertamenti già in copertura nelle garanzie precedenti (es.verrà utilizzata in via preferenziale? esaurito il massimale disponibile si potrà utilizzare quello delle altre garanzie?)**

4. Relativamente al Capitolato Tecnico, art.10 CURE OCULUSTICHE, si richiede di indicare se visite e accertamenti per calo/modifica visus (no malattia) dovranno essere riconosciute esclusivamente sotto questa garanzia e non su Visite e Accertamenti.

RISPOSTA 11:

1 Si conferma

2 Le terapie svolte in regime di ricovero o di day hospital saranno coperte sotto la garanzia Alta Specializzazione

3 Si rimanda alle risposte relative ai chiarimenti 6 e 7 del quesito 8

4 Si conferma

QUESITO 12:

Si chiede di confermare che tra i soggetti ammessi di cui all' art. 5 del Disciplinare di gara rientrano, in forma autonoma e svincolata da una compagnia assicurativa, anche le Società di Mutuo Soccorso/Fondi Sanitari Integrativi/Casse di Assistenza regolarmente iscritte all' anagrafe del Fondi Sanitari Integrativi e che, pertanto, questi Enti possano partecipare in forma individuale alla procedura. Per l'effetto, si chiede altresì conferma che tutti i riferimenti all' ambito assicurativo contenuti nella documentazione di gara con riguardo all' operatore economico debbano essere intelletti con riferimento alla disciplina che regola gli Enti iscritti all' Anagrafe Fondi di cui sopra

RISPOSTA 12:

I concorrenti devono essere in possesso, a pena di esclusione, dei requisiti di ordine generale e speciale previsti dal Codice e dal Disciplinare di Gara (vedasi paragrafi 6 e 7 del Disciplinare di Gara).

Roma, 02/09/2025

Il RUP

Dott. Paolo Cucchi

