

Domanda 1 – LOTTO 3 Polizza RC Amministratori, Sindaci, Dirigenti (D&O)

In caso di aggiudicazione la Contraente rilascerà, alla data di decorrenza del rischio, dichiarazione assenza sinistri e circostanze firmato e datato?

Risposta 1

Si rappresenta che l'Ente ha già provveduto a pubblicare, unitamente al questionario, la statistica sinistri relativa all'ultimo triennio, dalla quale non risultano sinistri né circostanze. Si segnala, inoltre, che eventuali sinistri o circostanze riferibili a fatti pregressi, qualora denunciati entro la scadenza della polizza attualmente in corso (31/12/2025), ricadrebbero nell'ambito di operatività della stessa.

Domanda 2 - LOTTO 3 Polizza RC Amministratori, Sindaci, Dirigenti (D&O)

Chiediamo la disponibilità da parte dell'Ente ad inserire in caso di aggiudicazione la seguente clausola all'interno del testo:

SANCTIONS CLAUSE

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Risposta 2

Si conferma la possibilità di inserire, in caso di aggiudicazione, la clausola "Sanction Clause".

Domanda 3 – PER TUTTI I LOTTI (1, 2 e 3)

Si richiede la Vs. disponibilità, certi che non vi sia alcun interesse, né tantomeno la volontà, da parte della Stazione Appaltante (Ente Contraente se diverso) di esporre l'appaltatore (Assicuratore Aggiudicatario dell'appalto) ad eventuali violazioni di legge o regolamenti, tra cui quelle in materia di sanzioni internazionali, a prevedere in caso di aggiudicazione l'inserimento nei rispettivi Capitolati di Polizza della Clausola di seguito riportata:

"ESCLUSIONE OFAC - SANZIONI INTERNAZIONALI: Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali."

Qualora invece i Capitolati di Polizza prevedessero già la suddetta Clausola di ESCLUSIONE OFAC, ma in una versione anche solo in parte difforme da quella proposta dalla Scrivente, si chiede la Vs. disponibilità ad acconsentire alla mera sostituzione della medesima.

Risposta 3

Si conferma la possibilità di inserire/sostituire, in caso di aggiudicazione, le suddette clausole.

Domanda 4 – LOTTO 3 Polizza RC Amministratori, Sindaci, Dirigenti (D&O)

Si richiede la Vs. disponibilità, in caso di aggiudicazione, all'inserimento nel Capitolato D&O della seguente appendice:

"APPENDICE DI RESTRIZIONE DELL'AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE

Le parti convengono che la presente polizza sia modificata come segue:

Indipendentemente da qualsiasi disposizione contraria contenuta nella presente polizza, o in qualsiasi appendice o estensione aggiunta alla presente polizza, non vi sarà alcuna copertura garantita dalla polizza per qualsiasi pretesa, azione, causa o procedimento per la parte in cui siano introdotti, promossi o proseguiti in un'area Specifica; ad eccezione degli importi sostenuti al di fuori di un'area Specifica da una persona fisica al di fuori di un'area Specifica

per difendersi da una pretesa, azione, causa o procedimento introdotti, promossi o perseguiti in un'area Specifica, ma esclusivamente nella misura in cui tali importi siano coperti da qualche garanzia prevista dalla presente polizza. Ai fini della presente appendice, per Area Specifica si intende:

(a) la Repubblica di Bielorussia e/o

(b) la Federazione Russa (come riconosciuta dalle Nazioni Unite) o i suoi territori, comprese le acque territoriali o i protettorati in cui ha il controllo legale (per controllo legale si intende quello riconosciuto dalle Nazioni Unite).”.

Laddove vi fosse un conflitto tra i termini di questa appendice e la polizza, prevarrà il contenuto della presente appendice, salva in ogni caso l'applicazione di qualsiasi clausola Sanzioni.

Se una qualsiasi disposizione di questa appendice è, o in qualsiasi momento diventa, in qualsiasi misura, non valida, illegale o inapplicabile ai sensi di qualsiasi provvedimento o norma di legge, tale disposizione sarà, in tale misura, considerata non far parte di questa appendice, ma la validità, legalità e applicabilità del resto di questa appendice non saranno influenzate.

Tutti gli altri termini, condizioni ed esclusioni rimangono invariati.

Risposta 4

Si conferma la possibilità di inserire, in caso di aggiudicazione, l'appendice di restrizione dell'ambito di applicazione territoriale di cui sopra.

Domanda 5 - PER TUTTI I LOTTI (1, 2 e 3)

Chiediamo, se l'Ente ha rappresentanze, interessi commerciali, società Controllate/Partecipate, fatturato/vendite, dipendenti/collaboratori all'interno dei territori della Repubblica di Bielorussia e/o della Federazione Russa.

Risposta 5

Si conferma che L'Ente non ha rappresentanze, interessi commerciali, società Controllate/Partecipate, fatturato/vendite, dipendenti/collaboratori all'interno dei territori della Repubblica di Bielorussia e/o della Federazione Russa.

Domanda 6 – LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti

Chiediamo se al momento sono previsti, durante il periodo oggetto di affidamento, viaggi/trasferte di lavoro o comunque organizzate dalla contraente in Russia, Bielorussia o Ucraina che comprendano la partecipazione di persone assicurate.

Risposta 6

Al momento non sono previsti, durante il periodo oggetto di affidamento, viaggi/trasferte di lavoro o comunque organizzate dalla contraente in Russia, Bielorussia o Ucraina che comprendano la partecipazione di persone assicurate

Domanda 7 – LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti

Chiediamo premio e assicuratore in corso per il solo lotto Infortuni

Risposta 7

Si comunica che, allo stato attuale, l'Ente dispone di una polizza infortuni cumulativa a favore dei propri dipendenti, stipulata con la compagnia Unipol Assicurazioni S.p.A. Il premio annuo lordo corrisposto per tale copertura assicurativa ammonta a €13.300,00.

Domanda 8 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Si richiede di indicare la decorrenza della copertura attualmente in corso;

- 1. Si richiede di indicare nell'allegato F riportante la statistica RSM l'anno di sottoscrizione associato ad ogni sinistro;*
- 2. si richiede sinistri dettagliati (data evento e denuncia, importo richiesto, liquidato, riservato, garanzia colpita, rete/fuori rete, ...) relativi alle ultime tre annualità di polizza;*
- 3. Si richiede di indicare le teste sotto rischio (suddivise per titolare e familiare) delle ultime tre annualità di polizza;*
- 4. Si richiede di indicare le numeriche dei titolari utilizzati per il calcolo della base d'asta;*
- 5. Si richiede di indicare i premi per titolare e titolare più nucleo in corso;*

6. *Si richiede di indicare i premi per titolare e titolare più nucleo a base d'asta nell'attuale gara;*
7. *Si richiede di indicare se nelle ultime tre annualità di polizza le condizioni erano uguali a quelle della base d'asta dell'attuale gara e in caso contrario si richiede di indicare i cambiamenti;*
8. *Si richiede di fornire le cga delle ultime tre annualità di polizza;*
9. *Si richiede di confermare che nel caso di intervento ambulatoriale fuori rete è previsto uno scoperto del 5% e un minimo di 30 euro.*

Risposta 8

1. la polizza in corso RSM decorre dal 31/03/2024;
2. i sinistri sono denunciati dagli assicurati in vigenza di polizza;
3. l'Ente non è in possesso di informazioni relative alle modalità di attivazione delle garanzie di polizza da parte degli assicurati (rete/fuori rete) relativa al periodo 03/2024 a giugno 2025, ma si allega ulteriore statistica sinistri riguardante la precedente polizza 31/12/2022 – 31/03/2024 (con le specifiche richieste – Allegato 1 riportato in calce);
4. polizza dal 31/12/2022 al 31/03/2024
Nr 22 nuclei
Nr 9 singoli
Polizza dal 31/03/2024 al 31/12/2025
Nr 22 nuclei
Nr 10 singoli
Vedere allegato stato di rischio attuale suddiviso tra titolari e familiari (Allegato 2 riportato in calce);
5. (Vedere scheda tecnica) Nr 22 nuclei e Nr 11 singoli;
6. premio lordo annuo titolare € 914,00
premio lordo annuo titolare + nucleo familiare € 2.286,00;
7. premio a base d'asta lordo annuo per singolo dipendente € 1.280,00
premio a base d'asta lordo annuo per dipendente con nucleo € 3.000,00;
8. non ci sono cambiamenti significativi;
9. vedere risposta precedente;
10. si conferma che nel caso di intervento ambulatoriale fuori rete è previsto uno scoperto del 5% ed un minimo di € 30 euro.

Domanda 9 - LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti e LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Vi richiedo cortesemente quanto segue:

- *Statistica sinistri per Lotto 1 e Lotto 2 compreso tutto l'anno 2023 possibilmente su file excel;*
- *Conoscere Premi in corso sia per Lotto 1 pol. infortuni che per Lotto 2 pol. malattia;*
- *Per il Lotto 1 l'inabilità temporanea non può essere riconosciuta a categoria con stabile contratto di lavoro, la cui IT viene corrisposta dagli appositi enti previdenziali (INPS e INAIL) pertanto possiamo concederla solo per CDA. Si chiede di poter dare indicazioni esaustive se una eventuale quotazione con IT solo per il CDA sia accettata dall'Ente appaltante.*

Risposta 9

- la statistica sinistri pubblicata del Lotto 1 Infortuni decorre dal 2022 a luglio 2025; si allega aggiornamento statistica sinistri della polizza dal 31/12/2022 al 31/03/2024 del Lotto 2 RSM (allegato 1);
- premio lordo annuo anticipato Lotto 1 Infortuni € 13.300,00
premio lordo annuo anticipato Lotto 2 vedere quesito precedente;
- non sono previste modifiche al Capitolato di Polizza pubblicato, se non quanto previsto nella scheda tecnica.

Domanda 10 - PER TUTTI I LOTTI (1, 2 e 3)

Con riferimento al seguente impegno contenuto nel disciplinare: Il concorrente si impegna, a pena di esclusione, in caso di aggiudicazione del contratto, ad assicurare: una quota pari al 30 per cento delle assunzioni necessarie di occupazione giovanile; una quota pari al 30 per cento delle assunzioni necessarie di occupazione femminile; si chiede conferma che tale impegno si applichi esclusivamente nel caso in cui il concorrente dovesse ritenere necessario ricorrere ad assunzioni per la gestione della commessa in caso di aggiudicazione dell'appalto.

Risposta 10

Si conferma che tale impegno si applica esclusivamente nel caso in cui si dovesse ricorrere ad assunzioni per la gestione dell'appalto in caso di aggiudicazione dello stesso.

Domanda 11 - LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti

Per il lotto INFORTUNI si richiede, qualora aggiudicatari, se sia possibile in sede di emissione inserire la clausola esclusione PANDEMIA.

Risposta 11

Si concede in sede di emissione della polizza di inserire la clausola esclusione PANDEMIA.

Domanda 12 - PER TUTTI I LOTTI (1, 2 e 3)

Si richiede attuale assicuratore, attuale premio annuo lordo in corso e principali differenze tra il normativo in essere e i capitolati andati a gara.

Risposta 12

Attuale assicuratore Generali;

Per i premi in corso vedere riscontro a quesiti precedenti;

Non ci sono cambiamenti significativi rispetto alla polizza in corso.

Domanda 13 - PER TUTTI I LOTTI (1, 2 e 3)

Relativamente a quanto indicato nell'art. 12 "Requisiti e condizioni di esecuzione" del Disciplinare e, nello specifico, all'obbligo, in caso di aggiudicazione, in carico all'aggiudicatario di assorbire prioritariamente nel proprio organico il personale già operante alle dipendenze dell'aggiudicatario uscente e di assunzione di una quota di occupazione giovanile e femminile, si chiede di confermare che trattasi di un refuso. Avendo ad oggetto, la gara, servizi assicurativi per cui nella prassi le lavorazioni relative alla gestione delle attività sono divise tra una molteplicità di figure professionali, per un ridotto quantitativo temporale in capo a ciascun addetto, non si ritiene applicabile la clausola sociale di cui comma 1 dell'art. 57 D. Lgs 36/2023. Il predetto comma sottolinea che, bisogna tenere opportunamente conto della tipologia di intervento. È necessario, infatti, che la clausola sociale rispetti la specificità del settore e sia compatibile con la natura dei servizi offerti. Nel caso di specie, l'appalto ha ad oggetto il servizio assicurativo, il quale non si caratterizza per alta intensità di manodopera.

Risposta 13

Il riferimento all'alta intensità di manodopera era presente nella precedente stesura dell'art. 50, comma 1, del D. Lgs. 50/2016 (vecchio Codice Appalti). Il nuovo Codice degli Appalti (D. Lgs. 36/2023) in vigore prevede invece all'art. 57, che per gli affidamenti dei contratti di appalto di lavori e servizi diversi da quelli aventi natura intellettuale e per i contratti di concessione, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono nei bandi di gara, negli avvisi e inviti, nel rispetto dei principi dell'Unione europea, specifiche clausole sociali con le quali sono richieste, come requisiti necessari dell'offerta, misure orientate tra l'altro a garantire le pari opportunità generazionali, di genere e di inclusione lavorativa per le persone con disabilità o svantaggiate, nonché la stabilità occupazionale del personale impiegato. Come può rilevarsi l'unico discrimine è dato dalla natura intellettuale dell'appalto e per consolidata giurisprudenza, nonché per espressa previsione dell'ANAC i servizi assicurativi diversi da quelli di brokeraggio non hanno assolutamente natura intellettuale. Si confermano, pertanto, tutte le previsioni della lex di gara.

Domanda 14 - PER TUTTI I LOTTI (1, 2 e 3)

In relazione all'art. 12 REQUISITI E CONDIZIONI DI ESECUZIONE, pag. 24 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che l'obbligo "di assorbire prioritariamente nel proprio organico il personale già operante alle dipendenze dell'aggiudicatario uscente, garantendo le stesse tutele del CCNL indicato al punto 3 oppure, in alternativa, considerato che sono cambiate le condizioni di esecuzione dell'appalto rispetto all'appalto stipulato con l'operatore uscente, il personale da riassorbire è definito in esito ad una verifica congiunta con appaltatore e sindacati" trattasi di refuso considerato che la tipologia di appalto non tratta attività ad alta intensità di manodopera. Stante quanto sopra, chiediamo di confermare che tale condizione di esecuzione NON operi per la presente procedura e conseguentemente non debba essere prodotto il progetto di assorbimento richiamato a pagina 45 del Disciplinare di gara.

Risposta 14

Si conferma l'applicazione della clausola di riassorbimento del personale nella presente procedura come richiesto e previsto nel disciplinare di gara, con il conseguente obbligo di produrre il progetto di riassorbimento. Va da sé che trattasi di un obbligo non assoluto e inderogabile, ma flessibile: l'impresa subentrante deve considerare l'assorbimento del personale tenendo conto della propria organizzazione e delle esigenze del nuovo contratto. L'aggiudicatario deve allegare alla propria offerta un documento, il "Piano di Assorbimento", che illustri le modalità specifiche con cui intende rispettare la clausola.

Domanda 15 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

- 1) *All'art 4. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio – Anagrafica, del Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche, si legge: "[...] Su espressa richiesta scritta del Contraente il contratto sarà prorogato ai sensi dell'art. 120 c.10 del D.lgs. 36/2023 alle medesime condizioni per un ulteriore periodo di 1 anno". Si chiede gentile conferma che l'aggiudicatario possa rifiutare di concedere tale proroga.*
- 2) *Si chiede cortesemente di esplicitare i diversi premi pro-capite a base d'asta per ciascuna delle due categorie "single" e "nuclei".*
- 3) *Si chiede cortesemente la possibilità di avere le anagrafiche delle persone che saranno assicurate e/o i dati sull'età e il sesso, distinti tra titolari e familiari.*
- 4) *Ai fini di una corretta valutazione del rischio, in riferimento alle statistiche sinistri fornite "allegato_Allegato G Statistica sinistri RSM", si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare:*
 - a) *per ciascuna annualità comunicata, un tracciato, aggiornato almeno al 30/06/2025, contenente per ciascun sinistro i seguenti dati minimi: garanzia colpita, canale di erogazione (assistenza diretta, regime rimborsuale, SSN) importo pagato, importo riservato, data accadimento, stato del sinistro (aperto, chiuso), categoria dell'assicurato (titolare, familiare);*
 - b) *di indicare, per ogni annualità comunicata e per ciascuna prestazione, il numero di sinistri e l'importo pagato e riservato suddivisi per canale di erogazione del sinistro (assistenza diretta, regime rimborsuale, SSN);*
 - c) *le Condizioni di Assicurazione (garanzie, limiti di indennizzo ecc...) del periodo a cui si riferiscono i sinistri;*
 - d) *il numero di assicurati per categoria per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;*
 - e) *il premio pro-capite annuo lordo previsto per le categorie assicurate per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;*
 - f) *premi imponibili complessivi per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;*
 - g) *il rapporto sinistri a premi (S/P) per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri.*

Risposta 15

- 1) La risposta al quesito è data direttamente dal legislatore che nel richiamato art. 120, co. 10, del D. Lgs. 36/2023 prevede che: "Nel caso in cui nel bando e nei documenti di gara iniziali sia prevista un'opzione di proroga, il contraente originario è tenuto a eseguire le prestazioni contrattuali ai prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto o, se previsto nei documenti di gara, alle condizioni di mercato ove più favorevoli per la stazione appaltante". L'aggiudicatario non potrà, quindi, rifiutare la proroga del contratto, eventualmente richiesta scritta del Contraente.
- 2) vedere riscontro a quesiti precedenti;
- 3) si allega elenco delle persone che saranno assicurate con date di nascita e sesso, distinti tra titolari e familiari (Allegato 2 riportato in calce);
- 4) a) la statistica sinistri pubblicata per la polizza in corso ed in scadenza al 31/12/2025 è aggiornata al 24/06/2025;
 - b) vedere riscontro a quesiti precedenti;
 - c) vedere riscontro a quesiti precedenti;
 - d) vedere riscontro a quesiti precedenti;
 - e) Polizza dal 31/12/2022 al 31/03/2024
Premio lordo annuo titolare € 1.400,00
Premio lordo annuo titolare + nucleo familiare € 1.760,00
Polizza dal 31/03/2024 al 31/12/2025 vedere riscontro a quesiti precedenti;
 - f) Polizza dal 31/12/2022 al 31/03/2024 Totale premio imponibile pagato € 67.337,56
Polizza dal 31/03/2024 al 31/12/2025 Totale premio imponibile pagato € 114.175,60;
 - g) Rilevabile dalla statistica sinistri, sulla base dei premi riportati nei quesiti precedenti.

Domanda 16 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Sezione II Capitolo 1

Lettera A - Prestazioni ospedaliere

Capitolato, art 1.6 Parto Cesareo

Si richiede chiarimento se per il parto cesareo programmato sia possibile autorizzare la copertura in forma diretta o se la forma diretta sia prevista solo per il cesareo d'urgenza.

Risposta 16

Si conferma che per il parto cesareo programmato è possibile autorizzare la copertura in forma diretta.

Domanda 17 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Lettera C Prestazioni odontoiatriche

Art. 1 Cure e protesi dentarie

Si chiede conferma che le dentarie per malattia abbiano la sola forma diretta, mentre per il caso di infortunio sia prevista la possibilità di accesso sia alla forma diretta sia a rimborso.

Risposta 17

Si conferma che le dentarie per malattia hanno la sola forma diretta;

si conferma che le dentarie in caso d'infortunio è prevista sia la forma diretta sia a rimborso.

Domanda 18 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Lettera E Altre Garanzie

Art 17, Esclusioni comma 3

Si chiede conferma che l'articolo sia da considerarsi ad eccezione di quanto previsto dalle singole garanzie.

Risposta 18

Si conferma che l'articolo è da considerarsi eccezione a quanto previsto dalle singole garanzie.

Domanda 19 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Capitolo 3 Liquidazione Indennizzo

Art 19.1 - Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

Si richiede conferma che sia necessario procedere all'autorizzazione in forma diretta anche delle spese pre ricovero."

Risposta 19

Si precisa che la procedura deve intendersi quella prevista per la garanzia ricovero (diretta/rimborsuale).

Domanda 20 - LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Con riferimento al lotto 2 RSM chiediamo conferma che il premio posto a base d'asta sia stato conteggiato facendo riferimento allo stato di rischio indicato nel Capitolato (solo Dipendenti EPPI, no Tesip).

- 22 nuclei
- 11 single

Risposta 20

Confermiamo che il premio posto a base d'asta sia stato conteggiato facendo riferimento allo stato di rischio esposto nella scheda alla fine del Capitolato Tecnico e riportante:

n. 22 nuclei;

n. 11 singoli.

Domanda 21 – LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti

Vogliate confermare che il premio a base d'asta è da considerarsi al lordo delle imposte di legge.

Risposta 21

Si conferma che il premio a base d'asta è da considerarsi al lordo delle imposte di Legge, come previsto nel disciplinare pubblicato.

Domanda 22 – LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti

In caso di aggiudicazione, si chiede di integrare la seguente clausola:

Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni

In ogni caso la Società non fornirà copertura assicurativa e non sarà tenuta a pagare alcun indennizzo, né comunque alcuna somma in base alla presente assicurazione, nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre la Società, o qualsiasi suo dipendente, o collaboratore, a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni, secondo quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, della Svizzera, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Risposta 22

Si conferma che in caso di aggiudicazione, sarà possibile integrare la clausola come sopra riportato.

Domanda 23 – LOTTO 1 Polizza infortuni cumulativa dipendenti

Si chiede di integrare la statistica con le annualità 2020 e 2021, fornendo la scomposizione analitica dei sinistri con indicazione di data di accadimento, importo riservato e/o liquidato, nonché breve descrizione degli eventi.

Risposta 23

Nessun sinistro denunciato nel periodo 2018-2022.

Domanda 24 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 18 – Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – al punto 1.4 Regimi e condizioni di erogazione, si legge “Assistenza diretta: scoperto 10% minimo 50,00 euro”. Si chiede cortese conferma che i limiti per l’assistenza diretta possano essere applicati per “accertamento/ciclo di terapia”.

Risposta 24

Si conferma che i limiti per l’assistenza diretta si applicano per “accertamento/ciclo di terapia”.

Domanda 25 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 18 – Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – al punto 1.4 Regimi e condizioni di erogazione, si legge “Regime rimborsuale: scoperto 10% minimo 50,00 euro”. Si chiede cortese conferma che i limiti per il regime rimborsuale possano essere applicati per “accertamento/ciclo di terapia”.

Risposta 25

Si conferma che i limiti per il regime rimborsuale possano essere applicati per “accertamento/ciclo di terapia”.

Domanda 26 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 2 - allegato_Allegato B Modello fac simile Offerta Tecnica Lotto 2 – alla variante n.4 si legge che il base d’asta prevede “Massimale di 1.000,00 euro per cure dentarie in caso di malattia (solo in rete)”. Sempre a pag. 2 - allegato_Allegato B Modello fac simile Offerta Tecnica Lotto 2 – alla variante n.5 si legge che il base d’asta prevede “Cure e protesi dentarie in caso di malattia solo in rete”. Contrariamente, a pag. 21 – Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – in riferimento all’opzione C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE, sembra essere previsto a base d’asta anche il regime rimborsuale in quanto si legge:

- *“Massimale annuo per: cure dentarie da malattia 1.000,00 euro a nucleo; cure dentarie da infortunio: 3.000,00 euro a nucleo; protesi dentarie da infortunio: 5.000,00 euro a nucleo con il limite di 800,00 euro per ogni elemento dentario”.*
- *“Regimi di erogazione: assistenza diretta, regime rimborsuale, utilizzo del servizio sanitario nazionale”.*
- *“Franchigie e scoperti: Assistenza diretta nessuno scoperto; Regime rimborsuale nessuno scoperto e franchigia in caso di infortunio e 50€ di franchigia in caso di malattia; se usato il Servizio Sanitario Nazionale ticket rimborsati al 100%”.*

Si chiede quindi conferma che:

- a) *le prestazioni odontoiatriche da INFORTUNIO siano previste a base d’asta in assistenza diretta senza scoperti, in regime rimborsuale senza scoperti, nel Servizio Sanitario Nazionale con rimborso ticket al 100%, il tutto entro il massimale di € 3.000 per anno e per nucleo, innalzato a € 5.000 in caso di protesi dentarie con il limite di 800,00 euro per ogni elemento dentario;*

- b) *Le prestazioni odontoiatriche da MALATTIA siano previste a base d'asta solo in assistenza diretta, senza scoperti, entro il massimale di € 1.000 per anno e per nucleo;*
- c) *In offerta tecnica al criterio 5, nel caso si offrisse la Variante A "Cure e protesi dentarie in caso di malattia anche in forma rimborsuale (fuori rete)" si intenda offerta la possibilità di utilizzo del regime rimborsuale con franchigia 50€ per fattura, sempre entro il massimale dei 1.000€ previsti a base d'asta in caso di assistenza diretta.*

Risposta 26

- a) Si conferma;
- b) Si conferma;
- c) Si conferma franchigia e massimale per sinistro.

Domanda 27 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 22 – Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – al punto 2 Regimi e condizioni di erogazione, alla sezione Massimali, si legge "Visita dentistica e igiene orale, prevenzione per uomini e per donne: condiviso con il punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali". Si chiede cortese conferma che le prestazioni qui indicate possano essere effettuate solo una volta per anno assicurativo nei limiti di spesa previsto al punto 2 "Cure domiciliari e ambulatoriali". Si chiede altresì cortese conferma che la prevenzione per uomini e per donne dovrà essere effettuata in un'unica soluzione.

Risposta 27

Si conferma.

Domanda 28 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 22 – Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – al punto 3 Prevenzione Terziaria relativamente al PERCORSO A), in riferimento alle prestazioni elencate, nella sezione massimali, in caso di regime rimborsuale si legge "120,00 euro a pacchetto". Si chiede cortese conferma che in caso di regime rimborsuale il massimale di 120,00 euro debba considerarsi per anno e per persona.

Risposta 28

Si conferma.

Domanda 29 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 2 - allegato_Allegato C Modello fac simile offerta economica Lotto 2 RSM - viene richiesto di inserire il premio lordo annuo pro capite per i "Nuclei" e per i "Single".

Risposta 29

Vedere riscontro a quesiti precedenti.

Domanda 30 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Si chiede conferma all'Ente che il premio pro capite offerto per i "Nuclei" (ossia per il dipendente con il relativo nucleo) potrà essere diverso da quello offerto per i "Single". In caso di conferma si chiede se la differenza di premio rispetto a quello dei "Single" sarà a carico del dipendente oppure a carico dell'Ente.

Risposta 30

Si Conferma che trattasi di polizza collettiva con premio complessivo (single e nucleo) a carico dell'Ente.

Domanda 31 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Si chiede cortese conferma che gli esami invasivi elencati a pag. 17 – Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – al punto 1.3 Esami invasivi siano previsti in solo regime chirurgico ambulatoriale. In caso di risposta affermativa, si chiede altresì conferma, che i regimi e le condizioni di erogazioni siano quelli previsti al punto 1.4 Regimi e condizioni di erogazione presenti a pag. 18 - Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche.

Risposta 31

Si conferma.

Domanda 32 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 21 - Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – alla sezione D) Prevenzione punto 1 Prestazioni si legge: “Inoltre, nel limite del massimale di al punto 2 “Cure domiciliari e ambulatoriali”, sono previste le seguenti prestazioni: [...] Pacchetto Maternità”. Al punto 2 Regimi e condizioni di erogazioni il Massimale annuo previsto per quest’ultimo è pari a 1.000,00 euro per nucleo, si chiede cortese conferma che esso debba intendersi come sottomassimale dei 3.000,00 euro annui per nucleo previsti per le “Prestazioni domiciliari e ambulatoriali” di cui alla sezione B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE punto 2.

Risposta 32

Non è da intendersi come sottomassimale dei 3.000,00 annui per nucleo previsti per le “Prestazioni domiciliari e ambulatoriali”, come da scheda riassuntiva D) “Prevenzione” dove è riportato il massimale specifico di € 1.000,00 per il Pacchetto maternità.

Domanda 33 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

A pag. 21 - Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche – alla sezione D) Prevenzione punto 1 Prestazioni si legge: “La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate per tutti gli assicurati: esami del sangue con i seguenti accertamenti [...]”. Al punto 2 Regimi e condizioni di erogazioni il Massimale annuo previsto per gli esami del sangue e relativi accertamenti è pari a 300,00 euro per nucleo, si chiede cortese conferma che esso debba intendersi come sottomassimale dei 3.000,00 euro annui per nucleo previsti per le “Prestazioni domiciliari e ambulatoriali” di cui alla sezione B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE punto 2.

Risposta 33

Non è da intendersi come sottomassimale dei 3.000,00 annui per nucleo previsti per le “Prestazioni domiciliari e ambulatoriali”, come da scheda riassuntiva D) “Prevenzione” dove è riportato il massimale specifico di € 300,00 per esami del sangue e accertamenti.

Domanda 34 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento al Capitolato Tecnico Rimborso Spese Mediche:

- *A pag. 24, alla sezione E) ALTRE GARANZIE si legge: “1 Terapie psicologiche”;*
- *A pag. 18, al punto 2 PRESTAZIONI DOMICILIARI E AMBULATORIALI si legge: “[...] trattamenti psicoterapici”.*

Vista la garanzia ad hoc si chiede cortese conferma che la dicitura “trattamenti psicoterapici”, a pag. 18 del Capitolato, sia un refuso.

Risposta 34

Si precisa che la dicitura “trattamenti psicoterapici”, a pag. 18 del Capitolato, non è un refuso.

Domanda 35 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Con riferimento al punto 5 CURE ONCOLOGICHE del Capitolato di gara si chiede conferma che le prestazioni previste siano effettuate in forma ambulatoriale.

Risposta 35

Le prestazioni sono previste in qualsiasi regime di erogazione.

Domanda 36 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In coerenza con quanto indicato alla Sezione III lettera A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE, si chiede conferma che il regime misto sia previsto solo in caso di ricovero, day hospital / day surgery (diversi da parto ed aborto) ed in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

Risposta 36

Si conferma.

Domanda 37 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento al Capitolato tecnico punto 19.2 Procedura di accesso alle prestazioni- regime di assistenza diretta o mista si legge: “-copia del certificato di prenotazione del ricovero, o dell’autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale Operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di

prestazioni pre- ricovero in regime di Assistenza diretta". Per evitare all'assicurato la restituzione degli importi derivanti dall'applicazione di diversa garanzia come indicato al punto 19.1 Oneri in caso di sinistro e procedure di accesso alle prestazioni" Limiti di spesa pre e post ricovero/ day hospital, si chiede conferma che, in caso di richiesta di prestazioni prericovero l'assicurato possa richiedere l'autorizzazione con l'applicazione dei limiti ed alle condizioni delle garanzie extraospedaliere, qualora previste o dell'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati UniSalute per prestazioni non previste. Le suddette prestazioni saranno poi rimborsate e/o rivalutate con i limiti previsti per l'assistenza diretta lettera A) Prestazioni ospedaliere.

Risposta 37

Si conferma.

Domanda 38 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento al Capitolato di gara, art 19.2 Procedura di accesso alle prestazioni – regime di assistenza diretta o mista si legge L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network. Si chiede conferma che l'assicurato, in alternativa al contatto con la centrale operativa, possa richiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento per le prestazioni extraospedaliere , (compresa la prevenzione odontoiatrica) attraverso l'apposita funzione disponibile sul sito e/o app messi a disposizione dalla società, mentre per le prestazioni di natura odontoiatrica diverse dalla prevenzione, sarà il centro odontoiatrico ad inviare alla società il piano terapeutico con l'eventuale documentazione richiesta, che verrà successivamente valutato.

Risposta 38

Si conferma.

Domanda 39 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Si chiede conferma che il numero verde dedicato della Centrale Operativa, possa ritenersi operante in orario lavorativo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30, anche in considerazione del fatto che verrà messo a disposizione dell'assicurato un servizio di web ed App attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 anche per la richiesta di prenotazione e/o la comunicazione di un appuntamento presso le strutture appartenenti al Network.

Risposta 39

Si conferma che il numero verde dedicato della Centrale Operativa, potrà ritenersi operante in orario lavorativo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30 qualora attivo un servizio di web ed App attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, in caso contrario il numero verde dovrà esser attivo come previsto nel capitolato di polizza.

Domanda 40 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Con riferimento al punto 1.1 Alta Diagnostica radiologica si chiede conferma che le endoscopie previste siano esclusivamente a scopo diagnostico.

Risposta 40

Si conferma.

Domanda 41 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Con riferimento al Capitolato tecnico punto 1.1 Ricovero con e senza intervento chirurgico lette b) si chiede conferma che i soggetti partecipanti all' intervento debbano risultare da referto operatorio.

Risposta 41

Si rimanda alla normativa di riferimento.

Domanda 42 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Con riferimento al Capitolato tecnico dell'assicurazione, sezione II - lettera A) "Prestazioni ospedaliere" 1.2 Correzione Chirurgica / laser difetti del visus, si chiede conferma che le spese siano riconosciute caso di deficit visivo pari o superiore a 4 diottrie per ciascun occhio.

Risposta 42

Si conferma.

Domanda 43 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

Si chiede conferma che per l'attivazione delle garanzie in assistenza diretta di cui al punto B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE, 1 ESAMI DIAGNOSTICI INVASIVI e 2 PRESTAZIONI DOMICILIARI ED AMBULATORIALI sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Risposta 43

Si conferma.

Domanda 44 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento la Capitolato tecnico, punto 2.1 Prestazioni, si legge "L'assicurato deve presentare la ricetta medica e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata codice fiscale corrispondente e con la specifica dei prodotti acquistati. Sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale." Si chiede conferma che:

- *la ricetta medica debba contenere anche la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa*
- *I medicinali omeopatici potranno essere prescritti esclusivamente da un medico omeopata.*
- *I relativi scontrini fiscali dovranno riportare la denominazione, la quantità e il prezzo del medicinale e il codice fiscale dell'assicurato*
- *I medicinali debbano essere presenti nel prontuario farmacologico.*

Risposta 44

Si conferma quanto previsto dall'art. 2.1.

Domanda 45 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento ai trattamenti psicoterapici di cui al punto 2.1 Prestazioni e le prestazioni di psicoterapia di cui al punto 1 Terapie psicologiche del Capitolato di gara, si chiede conferma che le suddette prestazioni debbano essere effettuate da psichiatra/psicologo iscritto all'albo.

Risposta 45

Si conferma.

Domanda 46 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

a) In riferimento al Capitolato di gara punto 6 LTC si legge "La misura del grado di non autosufficienza avviene mediante assegnazione a ciascuna delle 6 ADL di un punteggio pari a 0, 5 o 10 punti in base all'intensità della limitazione nello svolgimento dell'attività della vita quotidiana specifica". Non essendo presente alcun documento che specifichi le modalità di assegnazione del punteggio, si chiede conferma che possa essere utilizzato lo schema sotto riportato. In caso contrario si chiede quale modulo debba essere utilizzato.

ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA	
FARSI IL BAGNO	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10
CURARE L'IGIENE DEL CORPO	PUNTEGGIO
1°grado L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): 1. andare in bagno 2. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi 3. effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
ASSICURARE LA PROPRIA MOBILITA'	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
BERE E MANGIARE	PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

b) Si chiede inoltre conferma che la valutazione della copertura sia subordinata al giudizio del medico della compagnia.

Risposta 46

a) Si conferma che potrà essere utilizzata la sottostante tabella:

ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA	
FARSI IL BAGNO	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10

CURARE L'IGIENE DEL CORPO	PUNTEGGIO
1°grado L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
ASSICURARE LA PROPRIA MOBILITA'	PUNTEGGIO

1° grado l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi autonomamente anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado l'Assicurato è in grado di alzarsi dalla sedia e dal letto e di muoversi solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle, stampelle e/o deambulatore	5
3° grado l'Assicurato è in grado di alzarsi dalla sedia e dal letto e di muoversi solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
BERE E MANGIARE	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0

2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

- b) La valutazione della non autosufficienza viene rilasciata dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) come disciplinato alla sezione E) altre garanzie 6 LTC.

Domanda 47 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento al Capitolato tecnico 19.2 procedura di accesso alle prestazioni – regime di assistenza diretta o mista lettera a) prima della prestazione si legge: “L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC. All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. “tiny link”) che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.” Si chiede conferma che in alternativa quanto sopra descritto possano essere utilizzate le modalità attualmente in uso presso la società. Si precisa che in qualsiasi momento l'assicurato potrà visualizzare la presa in carico da sito e app.

Risposta 47

Si conferma.

Domanda 48 – LOTTO 2 Polizza Rimborso spese mediche

In riferimento al Capitolato di gara punto 6 LTC si legge: “Nel caso si perda la propria autonomia nello svolgere le attività quotidiane, la polizza corrisponde una rendita mensile per un periodo massimo di 3 anni. La copertura consente di avere tempestivamente una somma di denaro aggiuntiva al proprio reddito/pensione per la copertura delle spese di cura e assistenza e, nel contempo, garantisce la possibilità di convertire in liquidità i propri investimenti nel periodo più opportuno nell'eventualità che le spese debbano essere sostenute per una maggiore durata.” Poiché la corresponsione di una rendita rientra nel ramo vita, come da Regolamento Isvap n. 29 del 16 marzo 2009, art. 7, si chiede conferma che la Stazione Appaltante stia intendendo riconoscere un'indennità per “Long Term Care” in caso di sopraggiunta non autosufficienza conseguente a malattia o infortunio. Diversamente, nessuna Compagnia abilitata al solo esercizio dei rami danni potrebbe partecipare, se non in RTI con una Compagnia abilitata ai rami vita.

Risposta 48

Si conferma.

ANNO: 2023

Allegato 1

POLIZZA	TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	NUMERO PRESTAZIONI	IMPORTO PAGATO
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI	31	3.180
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	IN	13	984
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ALTA DIAGNOSTICA	DI	63	3.727
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ALTA DIAGNOSTICA	IN	4	817
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	CURE DENTARIE	DI	25	2.463
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	CURE DENTARIE	IN	0	0
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	LENTI/OCCHIALI	DI	6	1.130
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	MEDICINALI	IN	1	16
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	PREVENZIONE	DI	1	178
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	TERAPIE NON ORTOPEDICHE	IN	8	985
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	26	1.581
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	TERAPIE ORTOPEDICHE	IN	5	539
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	21	1.894
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	IN	41	5.800
0031013640	OSPEDALIERE	INTERVENTO AMBULATORIALE	DI	1	871
0031013640	OSPEDALIERE	INTERVENTO AMBULATORIALE	IN	3	3.070
0031013640	OSPEDALIERE	RICOVERO CON INTERVENTO	DI	29	26.233
0031013640	OSPEDALIERE	RICOVERO CON INTERVENTO	IN	1	2.366
0031013640	OSPEDALIERE	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DI	9	1.149
0031013640	OSPEDALIERE	RICOVERO SENZA INTERVENTO	IN	0	0
SUBTOTALE	EXTRAOSPEDALIERE			245	23.294
SUBTOTALE	OSPEDALIERE			43	33.689
TOTALE				288	56.983

ANNO: 2024

POLIZZA	TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	NUMERO PRESTAZIONI	IMPORTO PAGATO
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI	6	706
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	IN	5	218
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	ALTA DIAGNOSTICA	DI	5	270
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	CURE DENTARIE	DI	5	407
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	LENTI/OCCHIALI	DI	2	100
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	PREVENZIONE	DI	5	1.551
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	TERAPIE NON ORTOPEDICHE	IN	2	125
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	TERAPIE ORTOPEDICHE	DI	4	125
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	TERAPIE ORTOPEDICHE	IN	2	173
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI	12	1.078
0031013640	EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	IN	14	1.878
0031013640	OSPEDALIERE	INTERVENTO AMBULATORIALE	DI	2	896
0031013640	OSPEDALIERE	RICOVERO CON INTERVENTO	IN	1	850
0031013640	OSPEDALIERE	RICOVERO SENZA INTERVENTO	IN	0	0
SUBTOTALE	EXTRAOSPEDALIERE			62	6.631
SUBTOTALE	OSPEDALIERE			3	1.746
TOTALE				65	8.377

Allegato 2

Tipologia	Sesso	Data nascita
ASSICURATO	F	09/09/1994
ASSICURATO	M	18/11/1991
FIGLIO	M	17/09/2022
CONVIVENTE	F	24/03/1991
ASSICURATO	M	23/07/1997
ASSICURATO	F	10/02/1994
ASSICURATO	F	21/04/1991
ASSICURATO	M	07/07/1977
CONVIVENTE	F	23/03/1978
FIGLIO	M	26/12/2017
ASSICURATO	M	05/02/1987
ASSICURATO	M	17/04/1977
CONIUGE	F	26/09/1978
FIGLIO	F	29/09/2012
FIGLIO	M	09/01/2011
ASSICURATO	F	28/05/1981
CONIUGE	M	09/05/1975
FIGLIO	M	12/05/2019
FIGLIO	F	16/06/2012
ASSICURATO	M	16/10/1971
ASSICURATO	M	25/01/1978
CONIUGE	F	01/12/1978
FIGLIO	M	13/12/2018
FIGLIO	F	14/08/2009
ASSICURATO	M	03/05/1980

FIGLIO	F	30/04/2020
ASSICURATO	F	26/01/1974
ASSICURATO	F	28/03/1990
ASSICURATO	F	16/03/1979
CONIUGE	M	18/02/1975
FIGLIO	F	25/09/2014
FIGLIO	F	15/01/2017
ASSICURATO	F	30/10/1972
FIGLIO	F	07/04/2010
ASSICURATO	M	07/04/1981
CONIUGE	F	28/10/1980
ASSICURATO	F	03/08/1975
CONIUGE	M	16/12/1976
FIGLIO	M	02/08/2013
FIGLIO	F	28/10/2018
ASSICURATO	F	24/07/1981
FIGLIO	M	16/07/2015
FIGLIO	M	29/04/2013
ASSICURATO	M	12/03/1990
CONVIVENTE	F	05/04/1991
ASSICURATO	M	23/02/1981
CONIUGE	F	01/12/1979
FIGLIO	M	23/11/2016
ASSICURATO	M	19/06/1985
CONVIVENTE	F	15/12/1984
ASSICURATO	M	21/07/1983

ASSICURATO	M	05/07/1988
CONVIVENTE	F	03/08/1988
FIGLIO	F	19/07/2022
ASSICURATO	F	27/11/1976
CONIUGE	M	22/03/1973
FIGLIO	M	08/01/2011
ASSICURATO	M	24/08/1979
CONIUGE	F	08/02/1981
ASSICURATO	M	01/03/1981
CONVIVENTE	F	13/04/1980
ASSICURATO	M	13/05/1976
CONIUGE	F	10/08/1978
FIGLIO	M	17/03/2010
FIGLIO	F	24/03/2013
ASSICURATO	F	05/02/1975
CONVIVENTE	M	13/09/1975
FIGLIO	M	29/06/2014
ASSICURATO	F	19/04/1978
CONIUGE	M	27/11/1983
FIGLIO	M	03/05/2010
ASSICURATO	M	09/08/1972
CONIUGE	F	10/03/1970
FIGLIO	F	02/08/2009
FIGLIO	M	28/01/2012
ASSICURATO	F	24/07/1986