

Chiarimento n. 5

Quesito

1) A pag. 5 art. 7 “Valore dell’appalto” si legge:

“L’importo stimato dell’appalto (...) è di euro 4.338.233,90 (...) imponibili, ovvero senza le imposte in uso e i costi per la sicurezza (...)”

A pag. 6 lo schema dei contributi annuali posti a base d’asta riporta:

“[...] l’importo **annuale lordo** a base d’asta” per ciascuna categoria di beneficiario, in particolare per la categoria degli iscritti e dei pensionati di invalidità il contributo è di € 73,15 [...]”

Se si considerano, come indicato sul Capitolato a pag. 28 art. 26, un numero provvisorio di iscritti e pensionati di invalidità pari a 29.653, l’importo stimato per il biennio è di € 4.338.233,90, coincidente a quanto sopra riportato. Si chiede conferma che gli importi annuali riportati per ciascuna categoria di beneficiario a pag. 6 del Disciplinare siano imponibili, e non lordi, e quindi sia presente un refuso.

Risposta

Si conferma che l’importo stimato non è da considerarsi lordo.

Quesito

2) A pag. 6 per la Polizza Integrativa i contributi annuali posti a base d’asta sono suddivisi in “importo annuale lordo single” e “importo annuale lordo nucleo familiare”, poiché la definizione di nucleo familiare prevista sul Capitolato a pag. 5 non comprende il titolare, è corretto supporre che, considerando i premi a base d’asta, qualora il titolare per esempio di fascia d’età compresa tra i 36 e i 45 anni decidesse di estendere la polizza integrativa al proprio nucleo familiare dovrebbe pagare € 385,00 + € 693,00 = € 1.078,00.

Si chiede conferma.

Risposta

Si conferma che l’importo del nucleo comprende anche il titolare, quindi non deve essere effettuata la somma dei due importi

Quesito

3) Poiché si ritiene necessario avere a disposizione maggiori dettagli in merito agli assicurati, si chiede all’Ente di fornire:

a. Il numero dei titolari beneficiari suddivisi per iscritti attivi, pensionati di invalidità Enpav, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali

Risposta

Di seguito elenco con il numero degli assicurati comprensivo dei familiari:

Copertura	Attivi	Pensionati	Dipendenti	Totale
	Teste	Teste	Teste	Teste
Base	32.125	696	123	32.944
Integrativa	1.036	180	123	1.339

Pensionati di invalidità Enpav: Circa 300

Quesito

b. Il numero dei coniugi o conviventi more uxorio e dei figli conviventi, e dei figli non conviventi fiscalmente a carico, suddivisi per ciascuna delle categorie di attivi, pensionati di invalidità Enpav, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali

Risposta

Dato non disponibile con tale suddivisione.

Riportiamo il numero complessivo dei famigliari suddivisi tra piano base e piano integrativo:

384 piano base / 341 piano integrativo

Quesito

- c. Il numero di figli in affido per ciascuna delle categorie di attivi, pensionati di invalidità Enpav, pensionati, cancellati, dipendenti e rappresentanti ministeriali

Risposta

Dato non di nostra conoscenza

Quesito

- d. I sinistri dell'ultimo triennio suddivisi per erogatore, per ciascuna annualità assicurativa, in base alla polizza (base o integrativa) e per ciascuna categoria di beneficiari.

Risposta

Vedasi allegato

Quesito

- 4) A pag 17 sez. 4 – Criterio e procedura di aggiudicazione - art. 24 “Formule per l’applicazione del criterio di aggiudicazione”, nella tabella è riportato il sub parametro “Migliorie alla Polizza Integrativa (PT¹³-PT¹²)”.

Si chiede conferma all’Ente che “PT¹²” sia un refuso in quanto, come si legge a pag 20, il punteggio attribuito al sub parametro “Migliorie alla polizza Integrativa” è il solo PT¹³, relativo al “Supporto alla maternità (art 57)”.

Risposta

Si conferma le migliorie alla polizza integrativa sono identificate al PT¹³

Quesito

- 5) A pag. 17 sez. 4 – Criterio e procedura di aggiudicazione - art. 25 “Modalità di attribuzione del punteggio tecnico”, si chiede conferma che il numero di strutture convenzionate barrate da ogni concorrente nella scheda di offerta tecnica debba essere comprovato da apposito atto di convenzione in corso di validità, al fine di evitare l’inserimento di strutture non più convenzionate con la Compagnia.

Risposta

Non richiesto in tale fase

Quesito

- 6) A pag. 17 sez. 4 – Criterio e procedura di aggiudicazione - art. 25 “Modalità di attribuzione del punteggio tecnico”, si chiede conferma che la presenza di almeno una struttura (centro medico non abilitato al ricovero notturno) entro un raggio di 20 km per ciascuna provincia debba essere comprovata da apposito documento riportante denominazione struttura, indirizzo, distanza chilometrica e metodologia di calcolo.

Risposta

Non richiesto in tale fase

Quesito

- 7) A pag. 17 sez. 4 – Criterio e procedura di aggiudicazione - art. 25 “Modalità di attribuzione del punteggio tecnico”, si chiede conferma che la presenza di almeno una struttura (centro medico abilitato all'erogazione del pacchetto prevenzione in un'unica soluzione) entro un raggio di 20 km per ciascuna provincia debba essere comprovata da apposito documento riportante denominazione struttura, indirizzo, distanza chilometrica e metodologia di calcolo.

Risposta

Non richiesto in tale fase

Quesito

- 8) A pag. 17 sez. 4 – Criterio e procedura di aggiudicazione - art. 25 “Modalità di attribuzione del punteggio tecnico”, si chiede conferma che l'erogazione del pacchetto prevenzione in un'unica soluzione debba essere comprovata da apposito atto che identifichi le prestazioni erogabili dal presidio convenzionate con la compagnia.

Risposta

Non richiesto in tale fase

Quesito

9) A pag. 17 sez. 4 – Criterio e procedura di aggiudicazione - art. 25 “Modalità di attribuzione del punteggio tecnico”, si chiede conferma che la presenza di centri medici abilitati all’erogazione del pacchetto prevenzione in un’unica soluzione debba essere comprovata da apposito atto di convenzione in corso di validità, al fine di evitare l’inserimento di strutture non più convenzionate con la compagnia.

Risposta

Non richiesto in tale fase

Capitolato di polizza rimborso spese mediche**POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE BASE****Quesito**

10) A pag 11 sez. I art. 6 “Ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all’iscritto l’impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”, al punto 6.4 “Massimali assicurati” si chiede conferma all’Ente che i massimali indicati siano per anno.

Risposta

Si conferma.

Quesito

11) A pag 14 sez. I art. 11 “Garanzia odontoiatrica”, relativamente al punto 11.3 “Cure dentarie da infortunio”, si chiede all’Ente la conferma che la Società possa richiedere che nel Certificato di Pronto Soccorso vi sia la specifica indicazione del trauma e dell’evidenza obiettiva dello stesso, e che sia allegata ad esso la documentazione medica relativa ad eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Risposta

Non previsto dal capitolato

Quesito

12) A pag 15 sez. I art. 12 “GARANZIA IN CASO DI BRUCELLOSI (garanzia operante per il solo iscritto all’Ente e per i pensionati di invalidità Enpav)”, si legge “La Società riconoscerà un indennizzo di € 1.500,00, (...) qualora, (...) venga diagnosticata la brucellosi al veterinario iscritto. Verrà riconosciuto un ulteriore indennizzo di € 1.500,00 (...) per ogni mese di inattività professionale derivante dalla malattia, fino ad un massimo di nove mesi.”. La garanzia, prevedendo un indennizzo per ogni mese di inattività professionale colpisce, oltre il ramo malattia, anche il ramo perdite pecuniarie. Poiché a pag. 9 del Disciplinare di gara all’art.11 “Soggetti ammessi” si legge “La partecipazione alla gara è riservata alle compagnie di assicurazione (...) in possesso dell’autorizzazione all’esercizio delle assicurazioni private con riferimento al ramo del lotto cui si presenta l’offerta”, si chiede conferma che la Compagnia Aggiudicatrice dovrà necessariamente essere in possesso anche dell’autorizzazione all’esercizio delle assicurazioni private per il ramo perdite pecuniarie per poter essere ammessa a formulare un’offerta.

Risposta

Vale quanto disciplinato dal capitolato; l’indennizzo dovrà essere erogato come previsto dalla garanzia

Quesito

13) A pag 16 sez. I art. 15 “Garanzia di non autosufficienza permanente “LTC” (operante per il solo iscritto all’Ente professionalmente attivo)”, relativamente al punto 15.1 “Oggetto della garanzia”, si legge “La Società garantisce all’Assicurato, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza permanente (...), l’erogazione di una rendita.”. Trattandosi di polizza sanitaria si chiede conferma che la garanzia possa essere prevista nell’ambito dell’area danni prevedendo un’indennità di importo pari alla rendita.

Risposta

Vale quanto disciplinato dal capitolato; l’indennizzo dovrà essere erogato come previsto dalla garanzia

Quesito

14) A pag 48 nell'“Allegato 1: Scheda riassuntiva POLIZZA BASE”, si legge “Massimale € 10.000” per “Ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”.

Si chiede conferma all'Ente che si tratti di un refuso e che (coerentemente a quanto scritto a pag 11 sez. I al punto 6.4 “Massimali assicurati”) il massimale di € 10.000 sia relativo alla sola garanzia “Grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”.

Risposta

Si conferma

POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE PIANO INTEGRATIVO**Quesito**

15) A pag 53 sez. I artt. 48-49 “Soggetti assicurati”, si legge “L'Assicurazione è prestata a favore degli Associati (iscritti/pensionati/cancellati), dipendenti e rappresentanti ministeriali Enpav, nonché titolari di pensione indiretta e titolari di pensione di reversibilità, i quali hanno facoltà di aderire al piano sanitario integrativo con costo a proprio carico.”.

Si chiede conferma all'Ente che tali soggetti, per poter aderire al piano sanitario integrativo, debbano essere coperti dal piano base.

Risposta

Si conferma

Quesito

16) Si chiede conferma all'Ente che il ricovero previsto a pag 54 sez. I art. 51 “Ricovero” sia da intendersi come ricovero diverso da quelli previsti già nelle garanzie della polizza base: pag 8 sez I art. 4 “Ricovero per grandi interventi di cui all'allegato elenco A”, pag 9 sez. I art. 5 “Ricovero per gravi eventi morbosi di cui all'allegato elenco B”, pag 10 sez. I art. 6 “Ricovero per grave malattia o infortunio e grave malattia o infortunio che provochi all'iscritto l'impossibilità di esercitare proficuamente la professione per almeno 4 mesi”.

Risposta

Il piano integrativo “integra” le garanzie previste dal piano base

Quesito

17) A pag 31 sez. III art. 39 “Esclusioni dall'assicurazione” previste per il piano base, al punto 13 si legge: “limitatamente alle prestazioni previste all'art. 11 “Garanzia Odontoiatrica”, l'Assicurazione non è operante per:

a) protesi estetiche;

b) trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.”

Questa voce manca tra le esclusioni riportate a pag 65 sez. III art. 75 “Esclusioni dall'assicurazione” previste per il piano integrativo. Si chiede conferma all'Ente che si tratti di un refuso e che l'esclusione in questione sia valida per entrambi i piani.

Risposta

Esclusione non operante per il piano integrativo

Quesito

18) A pag 35 sez. IV art. 41.7 “Norme relative alla liquidazione della “Garanzia invalidità permanente” punto B “Criteri di liquidazione”, si legge: “Se l'Assistito muore per causa indipendente dall'infortunio, (...), la Società paga ai beneficiari o agli eredi l'importo liquidato od offerto. Se l'Assistito muore, per causa indipendente dall'infortunio, (...), la Società paga ai beneficiari e agli eredi l'importo che verrà determinato in seguito all'invio da parte di quest'ultimi della documentazione medica comprovante l'invalidità”.

Poiché a pag 15 all'art. 13.1 “Definizione della garanzia” si legge “La Società dovrà garantire il caso in cui una delle sotto riportate patologie, (...) produca come conseguenza un'invalidità permanente (...)” si ritiene che il punto B presenti un refuso e debba essere modificato come segue:

“Se l’Assistito muore per causa indipendente dalla patologia, (...), la Società paga ai beneficiari o agli eredi l’importo liquidato od offerto. Se l’Assistito muore, per causa indipendente dalla patologia, (...), la Società paga ai beneficiari e agli eredi l’importo che verrà determinato in seguito all’invio da parte di quest’ultimi della documentazione medica comprovante l’invalidità”.

Si chiede conferma.

Risposta

Si conferma la nuova impostazione.