

CHIARIMENTI

Oggetto: Copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico. GU/S S151 del 06/08/2010 bando n. 233362-2010-IT. CIG: n. 0525430E89

Richieste

in relazione alla procedura aperta in oggetto, al fine di poter presentare la nostra migliore offerta, chiediamo di voler fornire alcuni chiarimenti sui seguenti punti del Disciplinare di gara e del Capitolato Tecnico:

DISCIPLINARE DI GARA: Procedura aperta per l'affidamento di servizi assicurativi

All'Art. 1 "Oggetto del servizio", al quarto capoverso si legge che "la copertura è, altresì, valida per i dipendenti degli altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP ed i relativi nuclei familiari".

Si chiede conferma del fatto che qualora altri Enti Pubblici decidessero di acquistare la copertura, la stessa riguardi obbligatoriamente la totalità dei dipendenti in forza e sia, pertanto, da considerare come copertura collettiva.

CAPITOLATO TECNICO: Condizioni generali di convenzione

All'Art. 1 "Effetto e durata della convenzione" si legge: "(...) facoltà di disdetta riconosciuta alle Parti ad ogni scadenza annuale a partire (...) del 31/12/2012 (...) con un preavviso di 180 giorni rispetto la scadenza annuale". All'Art. 3 "Durata del servizio" del Disciplinare di gara si legge: "Il contratto può essere disdetta (...) con 120 giorni di anticipo a partire dalla fine della seconda annualità (31/12/2012)".

Si chiede un chiarimento in merito al numero di giorni di preavviso per l'eventuale disdetta del contratto.

Sezione II – Copertura assicurativa per stati di non autosufficienza

All'Art. 14 "Opzione 1 – Rimborsuale" a pagina 15 e seguenti si legge:

"Forma diretta

In caso di richiesta di rimborso spese (...)

...
...)

Forma indiretta

La società può mettere a disposizione degli assicurati una rete di strutture convenzionate attraverso la quale gli assicurati potranno richiedere l'erogazione diretta delle prestazioni (...)

...
...)"

Si chiede conferma del fatto che i titoli "Forma diretta" e "Forma indiretta" debbano essere invertiti.

CHIARIMENTI

Oggetto: Copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico. GU/S S151 del 06/08/2010 bando n. 233362-2010-IT. CIG: n. 0525430E89

Sezione III – Copertura assicurativa per il rimborso delle spese mediche e sanitarie

- All'Art. 8 "Esclusioni" alla lettera e) si legge che l'assicurazione non comprende "le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto (...)". Nonostante il riferimento ai "difetti fisici preesistenti" non ne viene riportata la descrizione nelle "Definizioni" a pagina 18, poiché si ritiene necessario definire l'ambito di operatività della polizza si propone la seguente definizione per "difetto fisico preesistente": "Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite".

Si chiede all'Ente di confermare se la definizione proposta è aderente alle proprie esigenze.

- All'art. 10 "Prestazioni" lettera c) garanzia "Parto non cesareo" si legge "Per tale prestazione non potrà essere effettuata attivando il servizio di convenzionamento diretto pertanto l'assicurato dovrà provvedere a saldare direttamente le spese sostenute e successivamente presentare la richiesta di rimborso alla società".

Si chiede conferma che anche per il Parto non cesareo valgano le condizioni di liquidazione specificate all'Art. 10 a pagina 22, per cui la garanzia sarà prestata in strutture convenzionate (con personale convenzionato) oppure in SSN. Solo nel caso in cui la provincia sia sprovvista di strutture convenzionate l'assicurato potrà ricorrere a strutture non convenzionate e chiedere il relativo rimborso.

- All'art. 10 "Prestazioni" lettera e) garanzia "Diaria surrogatoria" si legge "Le eventuali spese per prestazioni mediche e sanitarie collegate al ricovero/Day-Hospital elencate alla lettera b) saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di contratto".

Si chiede conferma che il rimborso avvenga previa applicazione di uno scoperto del 20% ad eccezione dei ticket sanitari per i quali vale il rimborso integrale, così come specificato alla lettera b) del medesimo Art.10.

- All'art. 10 "Prestazioni" sezione II "Area Extraricovero" è prevista una franchigia di 25 euro in caso di utilizzo di struttura convenzionate.

Si chiede conferma che tale franchigia debba essere applicata ad ogni singola prestazione.

Esiti

↳ **Disciplinare di gara – adesione di altri Enti Pubblici:** si conferma qualora altri Enti Pubblici aderenti ad ASDEP decidessero di acquistare la copertura, la stessa riguarderà la totalità dei dipendenti in forza.

↳ **Art.1 Capitolato Tecnico/Art.3 Disciplinare di gara:** i giorni di preavviso per l'eventuale disdetta del contratto, possibile dal 31/12/2012, sono 120. Alla luce di quanto sopra l'art.1 del capitolato tecnico è rettificato, nella parte de qua, come segue: "La presente Convenzione stipulata tra la Società e la Contraente ha durata di 48 mesi, dalle ore 24,00 del 31/12/2010 alle ore 24,00 del 31/12/2014, con facoltà di disdetta riconosciuta alle Parti ad

CHIARIMENTI

Oggetto: Copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico. GU/S S151 del 06/08/2010 bando n. 233362-2010-IT. CIG: n. 0525430E89

ogni scadenza annuale a partire dalle ore 24,00 del 31/12/2012 e, a condizione che la disdetta sia comunicata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, con un preavviso di 120 giorni rispetto alla scadenza annuale." Fermo ed invariato tutto il resto.

↳ **Sezione II, Copertura assicurativa per stati di non autosufficienza, Art.14:** Si conferma inversione dei titoli.

↳ **Sezione III, RSM, Art. 8 Esclusioni:** non si ritiene opportuno accogliere la proposta formulata da Codesta Spettabile Società e, pertanto, si conferma l'attuale formulazione prevista dal capitolato tecnico.

↳ **Sezione III, RSM, Art. 10, I AREA RICOVERO lettera c) parto non cesareo:** non è prevista l'obbligatorietà del ricorso a strutture/medici convenzionati nella provincia di residenza.

↳ **Sezione III, RSM, Art. 10, I AREA RICOVERO lettera e) Diaria surrogatoria:** si conferma che è previsto il rimborso degli accertamenti pre e post ricovero/Day-Hospital per il quale l'assicurato abbia richiesto la diaria; il rimborso degli accertamenti avverrà secondo quanto previsto alla lettera B (scoperto 20% ticket sanitari 100%).

↳ **Sezione III, RSM, Art. 10, II AREA EXTRARICOVERO:** si conferma che nel caso di utilizzo della rete convenzionata la franchigia a carico dell'assicurato per ciascuna prestazione è di € 25.

Richieste

Con riferimento alla gara in oggetto la sottoscritta società richiede le seguenti informazioni/chiarimenti:

per le coperture di premorienza e Long Term Care:

1. I nuclei familiari e i pensionati sono oggetto anche delle coperture di premorienza e LTC o sono destinatari solo della copertura RSMO ?
2. In caso di risposta affermativa alla domanda sopra riportata si richiedono i seguenti dati:
 - a. numero complessivo dei familiari facenti parte dei nuclei familiari con distinzione tra coniugi/figli comprensivi di sesso e età;
 - b. limiti di età per la copertura dei figli;
 - c. importo del premio procapite per le coperture dei familiari.
3. La data di calcolo delle età dei dipendenti riportate nella Sezione A. Dati demografici.

Si chiede se in alternativa alla definizione prevista all'art. 10 "Definizione dello stato di non autosufficienza" per la copertura LTC, è possibile utilizzare la seguente definizione che riteniamo migliorativa. Difatti la nostra tariffa prevede il riconoscimento con 4 attività su 6 (quindi una perdita dell'autosufficienza superiore al 66%) mentre quella riportata sul capitolato

CHIARIMENTI

Oggetto: Copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico. GU/S S151 del 06/08/2010 bando n. 233362-2010-IT. CIG: n. 0525430E89

tecnico del bando di gara presume 3 su 4 (quindi una perdita dell'autosufficienza superiore al 75%).

Perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato

La perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana in modo presumibilmente permanente avviene quando l'Assicurato è incapace di svolgere gli "atti elementari della vita quotidiana" sotto indicati e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona:

- farsi il bagno o la doccia
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza
- bere e mangiare.

La perdita di autosufficienza ai fini della presente assicurazione viene riconosciuta quando l'Assicurato abbia raggiunto il punteggio di almeno 40 punti con i criteri e le modalità riportati nella Tabella A riportata di seguito.

Tabella A: Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

Farsi il bagno

1° grado	l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 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	Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado	l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	Punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

Igiene del corpo

1° grado	l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 10

CHIARIMENTI

Oggetto: Copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico. GU/S S151 del 06/08/2010 bando n. 233362-2010-IT. CIG: n. 0525430E89

Mobilità

1° grado	l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	Punteggio 5
3° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	Punteggio 10

Continenza

1° grado	l'Assicurato è completamente continente	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5
3° grado	l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia	Punteggio 10

Bere e mangiare

1° grado	l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0
2° grado	l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: - sminuzzare/tagliare il cibo - sbucciare la frutta - aprire un contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere	Punteggio 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	Punteggio 10

Richiediamo inoltre:

- numero nuclei assicurati per ciascuna delle annualità di cui si sono forniti i dati;
- conferma che la franchigia di 3 giorni vale solo per il ricovero medico e non per il Day Hospital;
- conferma che le prestazioni di alta specializzazione indicate nelle tabelle statistiche sono quelle di cui all'art. 3.3 della polizza in corso;
- numeri dei ricoveri medici in SSN in quanto non rilevabile dalle tabelle fornite;
- conferma che l'importo liquidato di cui alle tabelle B.1.3 e B.1.4 comprende le liquidazioni di cui alla tabella B.1.12

Esito

↳ **Coperture premorienza e LTC:** le coperture premorienza e LTC sono riservate ai soli dipendenti in forza.

↳ **Data di calcolo delle età dei dipendenti riportate nella sezione A (dati demografici):** dovrebbe cortesemente richiedere l'informazione alla Dott.ssa Mascia, che Aveva collaborato con il Dott. Gentilini nella raccolta dei dati sulla popolazione assicurata.

CHIARIMENTI

Oggetto: Copertura assicurativa RSMO, Long term care (LTC) nonché per il rischio di premorienza per i dipendenti INPS, INAIL, INPDAP ed ACI e loro famigliari a carico. GU/S S151 del 06/08/2010 bando n. 233362-2010-IT. CIG: n. 0525430E89

↳ **Copertura LTC – art.10 – definizione dello stato di non autosufficienza:** non si ritiene opportuno accogliere la proposta alternativa formulata da Codesta Spettabile Società e, pertanto, si conferma l'attuale definizione prevista dal capitolato tecnico.

↳ **numero nuclei delle annualità cui si riferiscono i sinistri:** se Reale non ha ancora fornito i dati, indicare che allo stato il dato non è disponibile.

↳ **Sezione III, RSM, Art. 10, I AREA RICOVERO lettera e) Diaria surrogatoria:** si conferma che la franchigia di 3 giorni è limitata esclusivamente al ricovero senza intervento chirurgico, pertanto in caso di ricovero con intervento e di day-hospital con o senza intervento la diaria verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia.

↳ **Alta specializzazione:** Allo stato il dato non è disponibile.

↳ **liquidato tabelle B.1.3/B.1.4/B.1.12.:** Allo stato il dato non è disponibile.

Richieste

avremmo necessità dei

- premi pagati per la copertura del rischio Premorienza
- esposti al rischio per singolo anno assicurativo

non già solo per il periodo di proroga (vedi all. B.1. Periodo 01.08.2009 – 31.12.2009: *Tavola B.1.13. Sinistri RSMO e Premorienza – Dati parziali proroga*) bensì per tutto il periodo di copertura.

Esito

↳ **Premi pagati ed esposti al rischio:** si forniscono i dati in apposita cartella formato .zip scaricabile dal sito presso il quale visualizzare i presenti chiarimenti.