

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA



SERVIZIO PROVVEDITORATO, ECONOMATO E CONTRATTI

PRECISAZIONI

A seguito di richieste di chiarimenti pervenute in merito alla procedura aperta, pubblicata su GURI n. 7 del 20/01/2014, per l'affidamento dei servizi assicurativi, si comunica quanto segue:

- 1) **DOMANDA:** Si chiede all'Ente di fornire, se disponibili, i sinistri relativi alle annualità 2010, 2011, 2012 e 2013 ed i relativi testi di polizza.

Qualora non sia possibile ottenere gli scorsi testi di polizza si chiede conferma se le condizioni poste a gara siano invariate rispetto a quelle in essere gli anni precedenti e in caso contrario quali siano le variazioni.

RISPOSTA: Le statistiche sinistri sono pubblicate sul sito internet della Stazione Appaltante (<http://www.consiglioregionale.calabria.it/hp4/index.asp?accesso=2&selez=Bandi2>) e per il Lotto 5 RSMO, sono disponibili dal 30.09.2011 al 31.12.13. Si precisa che non sono disponibili i sinistri antecedenti al 30.09.2011. Il testo della polizza precedente è sostanzialmente in linea con il capitolato del Lotto 5 pubblicato per la presente procedura di gara.

- 2) **DOMANDA:** Alla sezione "Definizioni" alla voce "Intervento chirurgico ambulatoriale" si legge "L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante (...) endoscopia con biopsia". Riteniamo che in caso di endoscopie diagnostiche e operative con o senza biopsia debba essere attivata la garanzia Art. 3 - "Prestazioni extra ospedaliere". Si chiede conferma dell'interpretazione.

RISPOSTA: L'interpretazione da dare è la seguente: l'endoscopia diagnostica e operativa deve essere compresa nel massimale della garanzia della Sez. 1 Art. 1 e non in quello della Sez. 1 Art. 3.

Sezione 1 - Rimborso spese mediche

- 3) DOMANDA: All'Art.1 - "Prestazioni Connesse a Ricoveri Presso Ospedali o Altri Istituti o Case di Cura" si legge " (...) L'assicurazione viene prestata dalla Società senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione sullo stato di salute degli Assicurati (...) ". Si ritiene che con l'indicazione di "(...) alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione sullo stato di salute degli Assicurati (...)" si intenda che la copertura sanitaria degli assicurati debba essere attivata senza la compilazione di alcun questionario sanitario-anamnestico, fermo restando che per quanto concerne l'attivazione delle singole garanzie dovrà essere prodotta la documentazione medica indicata all'Art. 1- "Obblighi in Caso di Sinistro - Criteri e Modalità di Liquidazione" della sezione 5 "gestione dei sinistri" Si chiede conferma dell'interpretazione.

RISPOSTA: Si conferma.

- 4) DOMANDA: All'Art. 3 - "Prestazioni Extra Ospedaliere" si legge "In presenza di spese relative ad un unico evento ed in dipendenza del quale gli assicurati usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi a "Prestazioni extra ospedaliere" e "Prestazioni specialistiche", il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle "Prestazioni Extra Ospedaliere" con applicazione di uno scoperto del 10% con una franchigia minima di € 50,00 (...)".
Chiediamo conferma che con il termine "evento" si intenda l'invio della documentazione di spese in un'unica soluzione a fronte della medesima patologia alla quale dovrà essere applicata la franchigia minima e lo scoperto indicati in garanzia.

RISPOSTA: Si conferma.

Sezione 2 - Invalidità permanente da malattia

- 1) DOMANDA: All'Art. 1 - "Oggetto dell'assicurazione" si legge "L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia contratta e/o insorta durante il periodo di validità della presente polizza, e insorta o manifestatasi nel corso della durata della presente assicurazione."

Poiché nell'ambito delle definizioni di polizza non viene riportata la definizione di invalidità permanente, proponiamo la seguente:

"Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia, della capacità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.". Si chiede all'ente conferma della proposta.

RISPOSTA: Si conferma, evidenziando che la definizione indicata verrà inserita nel Capitolato di polizza.

- 2) DOMANDA: All'Art. 1 - "Oggetto dell'assicurazione" si legge "L'assicurazione viene prestata dalla Società senza presentazione di alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione sullo stato di salute degli Assicurati nei limiti del capitale massimo (...)".

Si ritiene che con l'indicazione di "(...) alcuna documentazione sanitaria o dichiarazione sullo stato di salute degli Assicurati (...)" si intenda che la copertura sanitaria degli assicurati debba essere attivata senza la compilazione di alcun questionario sanitario-anamnestico, fermo restando che per quanto concerne l'attivazione delle singole garanzie dovrà essere prodotta la documentazione medica indicata all'Art. 4 - "Criteri di Liquidazione". Si chiede conferma dell'interpretazione.

RISPOSTA: Si conferma.

- 3) All'Art.4 "Criteri di liquidazione" si legge "In caso di malattia che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente di grado superiore al 30% la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata". Alla scheda riepilogativa delle garanzie prestate e delle relative somme assicurate alla colonna relativa alle franchigie / scoperti per la Sezione 2 - "Invalidità Permanente da malattia" viene indicato " I.P. < 30%". Da ciò si deduce che l'invalidità permanente sarà liquidata considerando una franchigia del 30%, cioè, per esempio, se verrà accertata ad un assicurato un'invalidità pari a un 70% sarà liquidato solo il 40%.

Si chiede conferma all'Ente dell'interpretazione data.

RISPOSTA: Si conferma.

Sezione 3 - Diaria per ricovero da malattia o da infortunio

- 4) DOMANDA: All'Art.1 "Oggetto dell'assicurazione" si legge "In caso di ricovero reso necessario da malattia o da infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera (...)"

Si chiede conferma all'Ente che la diaria sia da corrispondere solo nel caso in cui non vi sia il pagamento delle spese da parte della Compagnia in forma diretta o in forma indiretta come previsto alla Sezione 1 "Rimborso Spese Mediche" all'Art.6 "Assistenza diretta mediante Rete Convenzionata" e all'Art.7 "Pagamento a rimborso".

RISPOSTA: Si conferma.

- 5) DOMANDA: All'Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione si legge "In caso di ricovero reso necessario da malattia o da infortunio, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata nella "Scheda riepilogativa" per ciascun giorno di ricovero, con il limite massimo di 360 giorni per ogni annualità assicurativa e per ciascun sinistro." Si chiede conferma che il limite annuale di 360 giorni l'anno debba essere inteso per persona come indicato nella "Scheda Riepilogativa delle Garanzie Prestate e delle Relative Somme Assicurate".

RISPOSTA: Si conferma.

Sezione 5 - Gestione dei sinistri

- 6) DOMANDA: All'Art. 1—Obblighi in Caso di Sinistro - Criteri e Modalità di Liquidazione si legge "(...) dalle ricevute, fatture, notule e parcelle in originale, debitamente quietanzate, (...)" Vi proponiamo che al posto dell'invio in originale le ricevute, le fatture, le notule e le parcelle possano essere trasmesse in copia, fermo restando che la Società possa richiedere la documentazione di spesa in originale anche in tempi successivi.

RISPOSTA: Si conferma, evidenziando che la precisazione indicata verrà inserita nel Capitolato di polizza.

Reggio Calabria, 25 Febbraio 2014