

## RIEPILOGO DELLE RICHIESTE DI CHIARIMENTO

### CHIARIMENTO N. 1 - Lotto 3 Vita

**QUESITO N. 1:** Presenza di Vostro personale presso i competenti uffici a far data dal 01.01.2015.

In particolare si desidera sapere se il Vs personale è stato assente dal lavoro per un periodo, anche non continuativo di 20 gg o superiore, a seguito di malattia od infortunio.

**RISPOSTA A QUESTITO N. 1:** In riferimento al Lotto 3 "Vita", Fincalabra S.p.A. dichiara che, alla data odierna, nessun dipendente oggetto della copertura assicurativa è stato assente dal lavoro per un periodo, anche non continuativo, di 20 giorni a far data dal 1° gennaio 2015, in esito a malattia od infortunio.

### CHIARIMENTO N. 2 - Lotto 5 Rimborso spese mediche

**QUESITO N. 2:** OGGETTO: richiesta di chiarimenti inerenti la procedura per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria - Lotto 5 Rimborso spese mediche - a favore dei dipendenti di Fincalabra CIG 627300035C. In relazione alla copertura in oggetto, al fine di avere informazioni necessarie per la quotazione, si richiede di voler fornire i seguenti chiarimenti:

1) Si chiede all'Ente le statistiche sinistri dell'ultimo triennio e se queste facciano riferimento a una copertura assicurativa uguale a quelle prevista nel capitolato di gara e, laddove non lo fosse, di indicare le differenze.

2) Con riferimento all'articolo "DEFINIZIONI", si propone a codesta Spettabile Società di integrare le seguenti definizioni al fine di ottimizzare l'ambito di operatività del Piano Sanitario:

Aborto: Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo: Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico: Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico: Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Documentazione sanitaria: Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Cure termali: Trattamenti effettuati in Centri / Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

3) Con riferimento all'articolo "DEFINIZIONI", si legge "Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici". Poiché la definizione proposta porterebbe a considerare interventi chirurgici invasivi o cruenti anche le semplici iniezioni curative o per prelievi, anche se indolose, riteniamo corretto, per evitare contenziosi, integrare la definizione con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.

4) All'articolo "Ambito di operatività del contratto" si legge "(...) In corso di contratto, FANCALABRA S.p.A. può, in qualunque momento, modificare l'elenco degli Assicurati, con conseguente rimborso da parte della Compagnia di Assicurazione del rateo di premio pagato e non goduto, fatte salve le imposte di legge". Art.21 "Regolazione premio" si legge "Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute e comunicate nel corso dell'anno (...) Eventuali esclusioni, di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera pertanto acquisito dalla Società (...)". In conformità a quanto declinato all'Art.21 "Regolazione premio", la Compagnia di Assicurazione provvederà alla regolamentazione dei premi per le inclusioni in corso d'anno, considerando acquisiti i premi dovuti ad eventuali esclusioni di assicurati. Si chiede conferma.

5) All'articolo "Ambito di operatività del contratto" si legge "(...)La garanzia è operante: (...) per gli infortuni verificatisi successivamente alla data di stipula del presente contratto e/o di ingrosso in garanzia dell'Assicurato". Si chiede conferma del fatto che La Compagnia di Assicurazione provvederà al rimborso delle spese per infortunio che abbiano avuto luogo durante l'operatività del contratto, escludendo pertanto quelli avvenuti precedentemente la stipula della polizza. Si chiede conferma all'Ente.

6) All'Art. 14 "Clausola Broker" si legge "(...) Il Broker tratterà all'atto della rimessa dei premi alla Società l'aliquota provvigionale del 5% (cinque per cento) sui premi imponibili della presente polizza. La gestione dei sinistri verrà espletata dal Broker tramite il proprio

service interno." Si chiede all'Ente se il corrispettivo per la gestione dei sinistri sarà incluso nelle provvigioni. In caso contrario si chiede all'Ente a quanto ammonti il costo di gestione, fermo restando che i sinistri effettuati in strutture sanitarie direttamente convenzionate con la Società saranno esclusi dal conteggio.

7) Con riferimento all'Art. 17 "Oggetto dell'assicurazione", si legge "La copertura assicurativa rimborsa le spese sanitarie sostenute (...). Trattandosi di polizza di assicurazione per il rimborso delle spese mediche, si chiede conferma che la copertura sarà operante in caso di malattia e di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto.

8) All'Art. 17.1 "Area Ricovero", con riferimento al "Trasporto in Italia con ambulanza, in Treno o Aereo di Linea all'istituto di cura e viceversa, anche per un accompagnatore, massimale € 520,00 " e al "Trasporto all'Estero con ambulanza, in Treno o Aereo di Linea, anche per un accompagnatore, massimale € 1.040,00", si chiede cortese conferma che tali garanzie siano operanti in caso di ricovero, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro o di rientro alla propria abitazione, e il massimale sia da intendersi per ricovero.

9) All'Art. 17.1 "Area Ricovero" si legge "Indennizzo € 80 al giorno per massimo 150 giorni", da ciò si deduce che l'indennizzo di € 80 al giorno sia da intendersi per un massimo annuo di 150 giorni.

Si chiede conferma all'Ente dell'interpretazione sopraesposta.

10) All'Art. 17.1 "Area Ricovero" si legge "Per l'AREA RICOVERO non vi è applicazione di franchigie né di scoperti", da ciò si deduce che le spese relative alle garanzie definite a codesto articolo saranno rimborsate integralmente nei limiti dei massimali indicati. Si chiede conferma all'Ente dell'interpretazione sopraesposta.

11) All'art. "17.2 Alta Specializzazione" si trova indicata, tra le prestazioni in copertura la "laserterapia o similari". Si chiede cortese conferma che la prestazione richiesta corrisponda alla "Laserterapia a scopo fisioterapico e a scopo antalgico". Inoltre, considerando che vengono richieste prestazioni similari a laserterapia, si richiede all'Ente un elenco circostanziale di prestazioni da considerare per una corretta valutazione del rischio.

12) All'art. "17.2 Alta Specializzazione" si legge "Rimborso delle spese sostenute. Massimale annuo assicurato: € 5.200,00", si chiede all'Ente se siano presenti scoperti o franchigie da applicare per il rimborso delle spese o se queste debbano essere liquidate al 100%.

13) All'art. "17.3 Accompagnatore" si legge "Vitto e pernottamento in Istituto di cura. Indennizzo € 80 al giorno con il massimo di € 2.400,00", si chiede conferma all'Ente che il massimo di € 2.400,00 sia da intendersi come sottomassimale dell'art. 17.1 "Area Ricovero".

14) Con riferimento all'articolo "Art. 19-OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - Criteri e modalità di LIQUIDAZIONE", si propone a codesta Spettabile Società di integrare le seguenti modalità al fine di rendere ottimale la fase della liquidazione dei sinistri:  
"Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione indicata all'articolo "Art. 19- OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - Criteri e modalità di LIQUIDAZIONE. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.  
L'Assicurato consentirà eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornirà alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.  
Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto "Art. 19-OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO - Criteri e modalità di LIQUIDAZIONE"."

#### **RISPOSTA A QUESTITO N. 2: RICHIESTE CHIARIMENTO PROCEDURA SERVIZI ASSICURATIVI RSM**

1) Non sono disponibili le statistiche dell'ultimo triennio; come precisato al punto 1.3 della lettera di invito "Si precisa che nell'ultimo triennio, per tutti i Lotti oggetto della presente procedura, non sono stati indennizzati/risarciti sinistri rilevanti da parte di alcuna Compagnia assicurativa". Si precisa altresì che l'ultima copertura in corso è scaduta al 31.12.2004.

2) Si conferma l'integrazione.

3) Si conferma l'esclusione proposta.

4) Si precisa che le esclusioni verranno gestite di volta in volta con la relativa restituzione del premio in sede di regolazione premio annua.

5) Si precisa che sono comprese anche le spese mediche relative agli infortuni avvenuti prima della stipula del contratto.

6) Si precisa che il corrispettivo per la gestione dei sinistri verrà definito sulla base degli accordi già esistenti tra la Compagnia ed il Broker.

7) Si precisa quanto già indicato al punto 5 di cui sopra e che sono inoltre comprese anche le spese mediche relative alle malattie pregresse recidivanti.

8) Si conferma l'interpretazione da Voi riportata.

9) Si conferma l'interpretazione da Voi riportata.

10) Si conferma l'interpretazione da Voi riportata.

11) Si precisa che la laserterapia potrà essere rimborsata solo se effettuata a scopo fisioterapico ed a scopo antalgico. Nella definizione di "similari" dovranno essere ricompresi i trattamenti fisioterapici in genere.

12) Si conferma l'assenza di scoperti e franchigie.

13) Si conferma l'interpretazione da Voi riportata.

14) Si conferma l'integrazione.

#### **CHIARIMENTO N. 3 - Lotto 1 Incendio**

**QUESITO N. 3:** CONDIZIONI PARTICOLARI Art.59 - Operatività dell'Assicurazione: Qualora alcuni Beni risultassero colpiti da un sinistro indennizzabile a termini di polizza e qualora tale sinistro non risulti liquidabile per il solo motivo che i Beni colpiti non sono contemplati nella presente assicurazione resta inteso che, qualsiasi danno o spesa o perdita conseguente anche se inerente ai soli Beni danneggiati e non assicurati, sarà comunque indennizzabile.

**RISPOSTA A QUESTITO N. 3:** La garanzia è da intendersi operante per i danni conseguenti ad un evento indennizzabile a termini di polizza che abbia colpito i beni assicurati, ma che è stato originato da enti/beni non contemplati dalla presente assicurazione.