

Quesito

in relazione alla procedura di gara in oggetto si formulano le seguenti richieste di chiarimento:

1. I limiti di assistenza di cui all'art 4 Limiti di assistenza del Capitolato 1 - Assistenza Base si intendono per persona o per nucleo?
2. Con riferimento all'art 5 Prestazioni del capitolato 1 Assistenza Base, il limite di assistenza pari a 450 per anno assistenziale è da intendersi a persona o a nucleo?
3. Con riferimento alla lettera j dell'art 5 Prestazioni del capitolato 1 Assistenza Base, il limite annuo pari a 150 euro è da intendersi a persona o a nucleo?

Risposta

1. I limiti di assistenza di cui all'art 4 Limiti di assistenza del Capitolato 1 - Assistenza Base si intendono così come previsto dall'art. 2 lett. c) dello stesso Capitolato, recante **SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO** (sono, salvo diversa indicazione dell'Assistito, automaticamente inclusi in copertura e senza pagamento di ulteriori quote a carico degli Assistiti: (i) il coniuge o il convivente more uxorio siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico; (ii) i figli legittimi, i figli naturali riconosciuti e i figli adottivi e/o in affidamento, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico, nonché i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di separazione o divorzio ovvero altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria ed i figli del convivente more uxorio, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico).
2. Con riferimento all'art 5 Prestazioni del capitolato 1 Assistenza Base, il limite di assistenza pari a 450 per anno assistenziale è da intendersi così come previsto dall'art. 2 lett. c) dello stesso Capitolato, recante **SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO** (sono, salvo diversa indicazione dell'Assistito, automaticamente inclusi in copertura e senza pagamento di ulteriori quote a carico degli Assistiti: (i) il coniuge o il convivente more uxorio siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico; (ii) i figli legittimi, i figli naturali riconosciuti e i figli adottivi e/o in affidamento, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico, nonché i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di separazione o divorzio ovvero altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria ed i figli del convivente more uxorio, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico).
3. Con riferimento alla lettera j dell'art 5 Prestazioni del capitolato 1 Assistenza Base, il limite annuo pari a 150 euro è da intendersi così come previsto dall'art. 2 lett. c) dello stesso Capitolato, recante **SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO** (sono, salvo diversa indicazione dell'Assistito, automaticamente inclusi in copertura e senza pagamento di ulteriori quote a carico degli Assistiti: (i) il coniuge o il convivente more uxorio siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico; (ii) i figli legittimi, i figli naturali riconosciuti e i figli adottivi e/o in affidamento, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico, nonché i figli non conviventi per i quali il caponucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di separazione o divorzio ovvero altro provvedimento dell'Autorità giudiziaria ed i figli del convivente more uxorio, siano o no conviventi con l'Assistito e con reddito NON superiore a quello previsto per essere considerato familiare fiscalmente a carico).

Domanda e Risposta

Disciplinare

1. Con riferimento all'art. 7.3 punto 7 a pag. 14 - dove si legge: "Ogni singolo operatore economico deve - a pena di esclusione - mettere a disposizione un proprio incaricato per effettuare, almeno ogni 15

(quindici) giorni e previo appuntamento, incontri con gli Assistiti presso le sedi di Napoli e di Roma dell'Autorità al fine di supportare i medesimi Assistiti relativamente alle richieste di informazioni riguardanti la normativa, la presentazione delle richieste di rimborso, eventuali approfondimenti." - considerata la natura intellettuale del supporto, lo stato di emergenza dettato dalla pandemia COVID-19 e la raccomandazione del governo di privilegiare gli strumenti di smart working, stante la situazione di emergenza si accorda agli operatori economici di fornire tale supporto telematicamente, tramite strumenti di videochiamata, in sostituzione degli incontri presso le sedi.

Capitolato n.1 Assistenza Base

2) Con riferimento a quanto riportato a pag. 4 all'art. 2- dove si legge: "Per tutti i nuovi Assicurati la cui comunicazione alla Cassa non sia avvenuta nel rispetto del termine di 40 giorni dal sorgere delle condizioni che rendono possibile l'inserimento, l'inserimento in assistenza è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni [...]" – si segnala che anche per la nuova categoria di assicurati "gli altri parenti ed affini entro il 2° grado, NON anagraficamente conviventi con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo" è prevista l'applicazione dei termini di aspettativa.

3) Con riferimento all'art. 3 e con lo scopo che tutti gli operatori economici formulino valutazioni tecniche a parità di condizioni contrattuali, si procede con la pubblicazione, in allegato sulla piattaforma telematica, del questionario anamnestico.

4) Con riferimento all'art. 5 lettera b) punto 1) a pag. 6, si conferma che in regime di convenzione diretta, i ricoveri o day hospital, al pari di quanto previsto per le strutture non convenzionate, saranno liquidati applicando prima i limiti di importo per la retta di degenza giornaliera e successivamente applicando la franchigia fissa.

5) Domanda

Sempre a pag. 6, ma con riferimento al punto 4), si nota che, rispetto alla precedente procedura di gara, per il regime di convenzione mista non sono stati peggiorati franchigia/minimo e scoperto; il regime misto risulta pertanto più vantaggioso per l'assicurato rispetto al ricovero presso strutture ed eventuali equipe entrambe convenzionate o non convenzionate. Ipotizzando che la Stazione Appaltante abbia inasprito i precedenti limiti per dare equilibrio nella fruizione dei ricoveri, si pone il dubbio che l'assenza di modifiche alla fruizione del regime misto costituisca un refuso; si chiede pertanto di confermare o di fornire delucidazioni.

Risposta

Si conferma che in regime di convenzione mista non sono stati peggiorati i valori di franchigia/minimo e scoperto.

6) Con riferimento a pagina 7 all'art. 2 lettera c) punto c.1 - dove si legge: "[...] con l'applicazione di uno scoperto pari a 30 [...] euro per ogni accertamento diagnostico o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o ciclo di cura effettivamente sostenuta", si conferma che con "accertamento" è corretto intendere la prestazione sanitaria effettuata dall'assicurato.

7) Con riferimento a pagina 7 all'art. 2 lettera c) punto c.1 – dove si legge: "[...] La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura o per più accertamenti diagnostici

legati alla medesima patologia, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi."- si conferma che l'unico scoperto/franchigia è applicato alle prestazioni in regime di assistenza indiretta eseguite per la stessa patologia ed inviate in unica soluzione ovvero a fine anno assicurativo.

8) Con riferimento al punto 6 dell'art. 5 lettera a) a pag. 6 "Trasporto del defunto", si conferma che il rimborso delle eventuali spese sostenute per il rimpatrio della salma, è inteso in copertura a seguito di ricovero indennizzabile a termini di polizza.

9)

Domanda:

All'art. II.2.4) si legge: "[...] si rimanda a quanto esplicitato nello schema di convenzione generale e nei capitoli n. 1, n. 2 e n. 3 per ciò che attiene le coperture del ramo sanitario, nel

capitolato n. 4 per la copertura del ramo infortuni". Tuttavia il capitolato 3 Long Term Care – LTC all'art. 5 prevede "In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza

dell'Assicurato, manifestato e denunciato durante il periodo di vigenza della copertura assicurativa, e fino alla persistenza di tale stato, dovrà essere erogata con periodicità mensile

una rendita vitalizia anticipata rivalutabile annualmente", riconducibile al ramo IV delle assicurazioni sulla vita come da art. 2 del Codice delle assicurazioni private. Si chiede pertanto

di ricondurre tale capitolato al suddetto ramo invece che al ramo sanitario, in caso contrario si chiede di fornire la motivazione per cui tale rischio è stato associato al ramo sanitario.

Risposta

Si conferma che il capitolato LTC afferisce al ramo delle assicurazioni sulla vita e non al ramo sanitario e di tale fatto si darà evidenza in sede di sottoscrizione della convenzione.

10) Con riferimento al chiarimento n. 8, in cui viene precisato che "[...] le singole dichiarazioni familiari conviventi debbono essere sottoscritte digitalmente dai singoli soggetti che le rilasciano [...]", considerato che non tutti i soggetti tenuti a rilasciare le suddette dichiarazioni sono abilitati alla firma digitale, si conferma che, in alternativa, possano essere sottoscritte con firma olografa, fermo restando che lo zip che le conterrà sarà firmato digitalmente dal legale rappresentante del concorrente.