



CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO IN UN UNICO LOTTO DEL SERVIZIO DI “COPERTURA ASSICURATIVA IN FORMA COLLETTIVA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA” IN FAVORE DEI NOTAI IN ESERCIZIO, DEI TITOLARI DI PENSIONE EROGATA A QUALSIASI TITOLO DALLA CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO, NONCHÈ DEL PERSONALE IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA SIA DELLA CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO SIA DEL CONSIGLIO NAZIONALE DEL NOTARIATO, CON EVENTUALE ESTENSIONE AI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DI CIASCUNO DEI SOGGETTI SOPRA INDICATI.

CIG 5857610CAD

Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Anita Atlante

AGGIORNAMENTO AL 26/08/2014

QUESITO N. 1	RISPOSTA N. 1
<p>- Sulla base di quanto previsto nel Disciplinare di gara – a pagina 16 lettera” C) <i>ISTANZA DI AMMISSIONE ALLA GARA E AUTOCERTIFICAZIONI</i> - <i>Ulteriori dichiarazioni - N.B. 2) la dichiarazione sul possesso dei requisiti di ordine generale e inesistenza delle condizioni di esclusione dell’art. 38 - comma 1 – del Codice, lett. b) e c) , dovrà essere resa individualmente anche dai seguenti soggetti non firmatari dell’istanza di ammissione alla gara[...]”.</i> Come noto, il sistema di semplificazione amministrativa e in particolare l’art. 47, comma 2 del DPR 445/2000 consentono la presentazione nelle gare di dichiarazioni sostitutive di atto notorio con cui un soggetto dichiara l’inesistenza di cause di esclusione dalla partecipazione alle gare in capo ad altri soggetti di cui abbia diretta conoscenza. Sul punto, la giurisprudenza costante statuisce che “la previsione secondo cui è consentito al legale rappresentante di rendere una dichiarazione sostitutiva</p>	<p>La dichiarazione sul possesso dei requisiti di ordine generale e sull’inesistenza delle condizioni di esclusione dell’art. 38, comma 1, del Codice, lett. b) e c) , di cui all’art. 10, punto C) <i>ISTANZA DI AMMISSIONE ALLA GARA E AUTOCERTIFICAZIONI, N.B. 2)</i>, del disciplinare di gara, prevista a pena di esclusione con riferimento a tutti i soggetti ivi indicati, potrà essere resa anche dal legale rappresentante firmatario dell’istanza di partecipazione e potrà riguardare stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza.</p>

<p>relativa a fatti e circostanze riconducibili ad altri soggetti rinviene un puntuale conforto normativo nell'ambito della previsione di cui al comma 2 dell'art. 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, secondo cui "la dichiarazione, resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza". Il legale rappresentante di una società ad una gara di appalto, pertanto, può rendere, alla stregua della norma richiamata, la dichiarazione relativa agli altri soggetti muniti di rappresentanza (si veda da ultimo Cons. Stato, Sez. VI, 1 aprile 2014 n. 1563).</p> <p>Si chiede pertanto di confermare che la previsione sopra citata non deroga a quanto precede e consente quindi che le dichiarazioni relative ai soggetti ivi indicati siano presentate non direttamente dagli stessi ma da eventuali altri soggetti come dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000".</p>	
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 2</p> <p>a) Con riferimento all'impegno di assicurare, per l'intera durata contrattuale, una Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario, si chiede conferma che in sede di gara non si debba ricorrere agli istituti dell'avvalimento e/o del subappalto (rispettivamente ex artt. 49 e 118 del D.Lgs. 163/2006), ma si debba esclusivamente impegnarsi a garantirne la disponibilità e l'individuazione della stessa;</p> <p>b) si chiede conferma che, in caso di prestazione della cauzione provvisoria con fideiussione assicurativa la dichiarazione di impegno a rilasciare la garanzia fideiussoria definitiva per l'esecuzione del contratto possa essere contenuta all'interno dello stesso documento;</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 2</p> <p>a) Si conferma che la cassa Sanitaria dovrà assumere la contraenza del servizio attraverso ogni strumento idoneo a soddisfare le condizioni poste dal disciplinare di gara. Il concorrente in sede di offerta dovrà pertanto garantire non solo la disponibilità e l'individuazione ma anche l'utilizzo di una Cassa di Assistenza che abbia i requisiti indicati nel disciplinare di gara;</p> <p>b) si conferma che la dichiarazione di impegno di un fideiussore a rilasciare la garanzia fideiussoria per l'esecuzione del contratto, di cui all'art. 113 del D. Lgs. n. 163/2006, qualora l'offerente risultasse affidatario, richiesta a pena di nullità ai sensi dell'art. 75, comma 8, del suddetto D. Lgs. n. 163/2006, potrà essere contenuta anche all'interno della medesima cauzione provvisoria;</p>

c) si chiede di fornire la statistica sinistri relativa ai periodi di decorrenza dal 30/06/2010 al 30/06/2011 e dal 30/06/2011 al 30/06/2012 possibilmente con lo stesso formato e dettaglio delle statistiche già fornite;

1) si chiede di fornire indicazioni sulla decorrenza e durata dell'attuale polizza e se vi sia stato qualche periodo di assenza di copertura

2) si chiede di conoscere il numero degli assistiti e dei relativi familiari, per ciascun anno di decorrenza della polizza e coerenti con le statistiche, con l'indicazione di:

CATEGORIA ASSICURATO

Titolare - PENSIONATI

Titolare - ATTIVI

Dipendente/Consiglio - ATTIVI

Dipendente/Consiglio - PENSIONATI

COMBINAZIONE PER CEOP

Coniuge - ATTIVI

Coniuge - Dipendente/Consiglio -
ATTIVI

Coniuge - Dipendente/Consiglio -
PENSIONATI

Coniuge - PENSIONATI

Convivente - ATTIVI

Convivente - Dipendente/Consiglio -
ATTIVI

Convivente - PENSIONATI

Figli < 26 - ATTIVI

Figli < 26 - Dipendente/Consiglio -
ATTIVI

Figli < 26 - PENSIONATI

Figli >26 - ATTIVI

Figli >26 - Dipendente/Consiglio -
PENSIONATI

Figli >26 - PENSIONATI

Figli inabili - ATTIVI

Figli inabili - PENSIONATI

c) le condizioni in essere nel biennio 01/07/2010-30/06/2012 (con proroga al 31/10/2012) erano sostanzialmente diverse rispetto a quanto previsto oggi; riteniamo pertanto che le statistiche richieste non possano fornire supporto adeguato alla valutazione del rischio oggetto di gara;

1) l'attuale polizza ha effetto dal 01 novembre 2012 e scadrà naturalmente il 31 ottobre 2014. La copertura attuale è succeduta alla precedente senza alcuna interruzione, non vi sono stati pertanto, periodi di assenza di copertura;

2) v.di pdf allegato ([Tabella Anagrafica - R2 punto2 - dati anagrafici](#));

<p>3) Si chiede di conoscere l'estensione media del nucleo negli ultimi 4 anni;</p> <p>4) Si chiede se sia prevista una remunerazione a carico della Compagnia per l'intermediario e l'ammontare della stessa;</p> <p>5) Il premio della garanzia B (piano integrativo) è un premio per singolo componente o il dipendente paga 2.150 € per se e il proprio nucleo? Nel caso il premio fosse per testa sia lo sconto dell'offerta economica che lo sconto per il numero di adesioni verrà applicato anche al premio dei familiari o loro pagheranno sempre € 2.150?</p> <p>6) Il dipendente che ha sia il piano A che il piano B paga € 315 + € 2.150?</p> <p>7) Si chiede conferma che il seguente capoverso contenuto a pag. 22 del Capitolato Tecnico si riferisca alla garanzia Gravi Eventi Morbosi : <i>" Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa</i></p>	<p>3) coerentemente con i dati forniti al punto precedente forniamo l'estensione media del nucleo per le 2 ultime annualità: 2012/2013 composizione media 2,02 2013/2014 composizione media 2,09</p> <p>4) si conferma che è prevista la remunerazione del broker, a carico della Compagnia. Per quanto attiene ai premi erogati dalla Cassa ed alla relativa commissione sia consentito rinviare alla documentazione della gara per l'affidamento del servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo (CIG 5557813460) ed al relativo esito di gara pubblicati sul sito della Cassa nella sezione "Bandi e gare" - "Gare in corso";</p> <p>5) il premio indicato di € 2.150 si intende a valere per l'intero nucleo familiare. Il premio suindicato è da considerarsi al lordo della percentuale di ribasso offerta in sede di gara nonché dello sconto applicato sulla base del numero degli aderenti di cui alla griglia a pag. 25 del disciplinare di gara;</p> <p>6) si conferma che il premio previsto per il dipendente e' identico a quello previsto per gli altri Assicurati, pertanto l'assicurato che ha sia il piano A che il piano B paga €. 315+ €. 2.150. Tali importi sono da considerarsi al lordo della percentuale di ribasso offerta in sede di gara nonché, per quanto riguarda il premio previsto per il piano B, al lordo dello sconto applicato sulla base del numero degli aderenti di cui alla griglia a pag. 25 del disciplinare di gara</p> <p>7) si conferma che la garanzia indicata è relativa ai Gravi Eventi Morbosi;</p>
--	--

<p><i>patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti punti 4.4.1 e 4.4.2.</i></p> <p>8) Si chiede conferma che a pag. 25 del Capitolato tecnico per "scoperti previsti dagli artt. 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 del presente piano sanitario A e gli scoperti e franchigie previsti dal piano sanitario B qualora sottoscritto" si intendano i massimali di cui agli articoli indicati.</p>	<p>8) si devono intendere massimali, scoperti e franchigie previsti agli artt. 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 del presente piano sanitario A e del piano sanitario B qualora sottoscritto.</p>
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 3</p> <p>Con la presente segnaliamo che il requisito richiesto per la partecipazione alla gara per servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa al punto 2 di pag. 29 restringe il numero dei possibili offerenti a tal punto che la richiedente, è costretta ad astenersi dal concorrere pur avendo alcuni contratti con importanti Enti Pubblici.</p> <p>Il limite da voi fissato potrebbe essere agevolmente soddisfatto, da noi così come da altre Compagnie, se venissero considerati ai fini del compimento del requisito anche i servizi resi a favore di Fondi o Casse Assistenziali di Settore o di Associazioni di Aziende Private o di singole grandi Imprese Private, tutti Enti che, come la Cassa Nazionale del Notariato, contrattualmente sono tenuti ad erogare servizi di Assistenza Sanitaria Integrativa in forma collettiva ai loro associati o ai loro dipendenti.</p> <p>Chiediamo quindi se sia possibile considerare ai fini del compimento del requisito anche i contratti in essere con questi Enti.</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 3</p> <p>Il Disciplinare a pag 29, punto 2 dispone "esecuzione nel triennio antecedente la data di pubblicazione del presente bando di almeno 4 (quattro) servizi di copertura sanitaria, eseguiti per conto della Pubblica Amministrazione anche a ordinamento autonomo ed enti pubblici, per un importo complessivo di premi non inferiore a € 10.000.000,00 (Euro diecimilioni/00) di cui almeno 1 (uno) non inferiore a € 5.000.000,00 (Euro cinquemilioni/00); per gli appalti pluriennali, andrà conteggiata la sola quota parte fatturata in detto triennio". Per mero errore materiale, facilmente riconoscibile, a pag. 29, punto 2, del disciplinare di gara, non viene fatto riferimento alle Casse di Previdenza e Assistenza delle Professioni regolamentate richiamate nell'art. 7.10 dello stesso disciplinare.</p> <p>Si conferma, quindi, che tra i contratti stipulati rientrano anche quelli conclusi con Casse di Previdenza e Assistenza delle Professioni regolamentate.</p> <p>Si specifica che con il termine generico di Pubblica Amministrazione si è voluto fare riferimento anche a tutti gli Enti, di natura pubblica o privata, inclusi nell'elenco delle Pubbliche Amministrazioni predisposto dall'ISTAT.</p> <p>A precisazione di quanto previsto all'art. 7.10 si segnala che gli importi indicati valgono come complessivo del triennio preso in esame.</p>

<p style="text-align: center;">QUESITO N. 4</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vogliate confermare che la "Contraente" della copertura assicurativa in oggetto indicata sarà la Cassa Sanitaria che sarà messa a disposizione dall'operatore economico che parteciperà alla presente procedura. 2. Diversamente, vogliate chiarirci chi sarà il contraente della polizza e quale sarà la funzione della Cassa Sanitaria menzionata al punto precedente. 3. Vogliate specificare se l'operatore economico che si aggiudicherà la presente procedura sarà tenuto alla corresponsione di una percentuale ad AON SpA in qualità di broker della Cassa Nazionale del Notariato e se sì, in che misura percentuale. 	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 4</p> <p>In riferimento a quesiti pervenuti alla scrivente Cassa da soggetti diversi da Compagnie di Assicurazione si precisa che non verranno forniti chiarimenti in quanto risulta non soddisfatto il principio di interesse alla partecipazione. Si segnala tuttavia che questa Cassa ha in precedenza fornito risposta a quesiti di contenuto analogo a quelli presentati <i>sub</i> 4.</p>
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 5</p> <p>Con riferimento alla dichiarazione di cui al punto 9 di pag. 7 del MOD. 1 "Domanda di partecipazione", si chiede conferma che il requisito sia rispettato nell'ipotesi in cui la Cassa di Assistenza in uno degli anni del triennio di riferimento (2011) non abbia gestito assistiti, ma negli altri due anni la stessa abbia raggiunto un numero di assistiti gestiti tale per cui la media annua (derivante dalla somma degli assistiti gestiti diviso per tre) risulti essere pari ad almeno 15.000 assistiti. A titolo esemplificativo, se nel 2011 la Cassa non ha gestito assistiti per mancato avvio dell'operatività, mentre nel 2012 ne ha gestiti 20.000 e nel 2013 35.000, la media annua del triennio sarebbe di 18.333 assistiti e quindi il requisito sarebbe soddisfatto.</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 5</p> <p>Si conferma che il requisito di cui al punto 9, pagina 7, del Modello 1 si intende rispettato indipendentemente dal numero di assistiti per singolo anno di riferimento sempre che la media dei tre anni risulti almeno pari a 15.000 unità.</p>
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 6</p> <p>Con riferimento alla procedura in oggetto, siamo a domandare i seguenti chiarimenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) relativamente ai requisiti speciali da Voi richiesti a pag 29 del disciplinare di gara ex punto 2 "Esecuzione nel triennio 	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Si rinvia a quanto chiarito alla RISPOSTA n. 3 e, con l'occasione, si chiarisce che in nessun precedente

<p>antecedente la data di pubblicazione del presente bando di almeno 4 (quattro) servizi di copertura sanitaria, eseguiti per conto della Pubblica Amministrazione anche ad ordinamento autonomo ed enti pubblici, per un importo complessivo di premi non inferiore a € 10.000.000,00 (Euro diecimilioni/00) di cui almeno 1 (uno) non inferiore a € 5.000.000,00 (Euro cinquemilioni/00); per gli appalti pluriennali andrà conteggiata la sola quota parte fatturata in detto triennio”</p> <p>Chiediamo se a tal proposito, anche al fine di consentire l'accesso ad un maggior numero di operatori alla procedura, si possono considerare anche i servizi svolti a favore di Banche, Fondi o Casse Assistenziali, così come del resto contemplato nei Vostri precedenti Bandi (v disciplinare 19-5-2012)</p> <p>2) Tra la documentazione a corredo della gara è stato fornito il Mod. 1 e 1bis ma poi in tutto il disciplinare si parla di RTI costituendo o costituito o Consorzio quindi chiediamo se è ammessa la partecipazione in forma di coassicurazione.</p> <p>3) Essendo il Vostro Ente una Cassa in cosa si sostanzia la necessità di obbligare le Compagnie a disporre di una propria Cassa?</p>	<p>disciplinare questa Cassa ha contemplato gli Istituti di credito, sicché, sebbene con espressioni diverse, la platea dei soggetti considerati nei nostri disciplinari di gara è sempre stata la medesima.</p> <p>2) Sì, è ammessa la partecipazione in coassicurazione e si applica quanto regolamentato per i RTI.</p> <p>3) Si precisa che la Cassa Nazionale del Notariato ha natura diversa dalle Casse Sanitarie. Ai sensi dell'art. 6 del Disciplinare di gara " il Concorrente, sia in forma individuale sia in forma associata (RTI, Consorzio, ecc.) dovrà assicurare la presenza, per l'intera durata contrattuale, di una Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario che - sulla base della normativa in vigore e di quella che dovesse successivamente intervenire - abbia finalità e sia abilitata a norma di legge a ricevere contributi in riferimento alle attività e alle prestazioni oggetto di contratto e risulti idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso spese mediche, in favore delle categorie assicurate, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i.; detta Cassa/Fondo dovrà, pertanto, risultare iscritta all'anagrafe dei fondi integrativi sanitari di cui al Decreto del Ministero del Lavoro</p>
---	---

	del 27/10/2009".
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 7</p> <p>Con la presente siamo a richiedere conferma della possibilità di partecipazione in forma di coassicurazione tra due compagnie :</p> <p>Delegataria ___% e Coassicuratrice --% ed è colei (la Coassicuratrice) che ha i requisiti di 1 (uno) non inferiore a € 5.000.000,00 (Euro cinquemilioni/00).</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 7</p> <p>Si rinvia alla RISPOSTA n. 6, punto 2.</p>
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 8</p> <p>Con riferimento alla procedura in oggetto, siamo a domandare i seguenti chiarimenti:</p> <p>1) capitolato di gara art. 3.3 Attività di supporto ed assistenza - obblighi dell'Assicuratore: per quanto riguarda la presenza di medici presso la Centrale Operativa si fa riferimento alla "presenza costante di almeno tre medici" intendiamo la "presenza costante" come "presenza continuativa" ovvero la garanzia che, nell'arco delle 24 ore, siano presenti almeno tre medici anche in modo non contestuale; questo anche alla luce del fatto che le prestazioni previste all'art. 3.2.2 possono essere fruite nell'intero arco delle 24 ore.</p> <p>2) Relativamente al subappalto richiediamo se l'attività da concedere è esclusivamente la sola gestione, per il tramite di una Centrale Operativa, del servizio di accesso al network in caso di Forma Diretta e alle attività informative ad esso correlate (art. 3.3 punto 1, che rimanda all'art. 3.1 lett. a)). In merito a quanto precedentemente segnalato rimarebbero fuori dal perimetro del subappalto: l'attività liquidativa, richiamata nell'articolo in questione al penultimo e all'ultimo capoverso e tutto quanto previsto alla successiva lettera b) e alla sezione "Prestazioni presso il Servizio</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 8</p> <p>1) Si conferma la richiesta di costante presenza di almeno tre medici per poter assicurare un idoneo supporto al <i>call center</i> dedicato ed alla centrale operativa per garantire la loro operatività nei termini e modi previsti dal capitolato (v. art. 3.1).</p> <p>2) Si conferma quanto chiaramente specificato a pag. 5 art. 3 del Disciplinare "non è ammesso il subappalto per le prestazioni assicurativo/assistenziali, fatta eccezione per l'attività amministrativa svolta dalla centrale operativa".</p>

<p>Sanitario Nazionale". Pertanto alla luce di quanto previsto all'art. 3 SUBAPPALTO del Disciplinare di Gara è possibile effettuare in subappalto dell'attività liquidativa?</p>	
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 9</p> <p>Con riferimento alla procedura in oggetto, siamo a domandare il seguente chiarimento: i requisiti richiesti ex punto 11) e 12) art. 7 REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE ALLA GARA (pag. 9 del disciplinare di gara) possono essere oggetto di avvalimento?</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 9</p> <p>Si conferma quanto richiesto.</p>
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 10</p> <p>Con riferimento alla procedura in oggetto, siamo a domandare il seguente chiarimento: l'art. C6) AVVALIMENTO (pag. 22 del disciplinare) riporta al paragrafo N.B. "Oltre alle suddette dichiarazioni dovrà essere allegato, A PENA DI ESCLUSIONE, in originale o in copia autenticata, il contratto in virtù del quale l'impresa ausiliaria si obbliga nei confronti del concorrente a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto..." ciò pare essere in contrasto con: - quanto riportato sempre al medesimo articolo al precedente punto 3) "l'impegno a depositare presso la Cassa Nazionale del Notariato, qualora risulti aggiudicatario del servizio, copia autenticata del contratto di avvalimento sottoscritto tra l'ausiliario e l'ausiliato" - quanto riportato al punto D) modello 2 Avvalimento - Dichiarazione sostitutiva del soggetto ausiliato</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 10</p> <p>Si conferma che il concorrente dovrà allegare, in originale o in copia autentica, già al momento di presentazione dell'offerta di gara nella busta "A" DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, il contratto in virtù del quale l'impresa ausiliaria si obbliga nei confronti del concorrente a fornire i requisiti e a mettere a disposizione le risorse necessarie per tutta la durata dell'appalto.</p>

<p>Vi preghiamo pertanto chiarire se necessario allegare copia del predetto contratto di avvalimento, in originale o in copia autenticata, già al momento di presentazione dell'offerta di gara nella busta "A" DOCUMENTI AMMINISTRATIVI.</p>	
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 11</p> <p>Relativamente alla procedura in oggetto, siamo a domandare il seguente chiarimento:</p> <p>Con riferimento alla dichiarazione di insussistenza delle cause di esclusione di cui all'art. 38, comma 1, lett. b), c) e m-ter) del D.Lgs. 163/2006, considerato che il modulo 1 e 1-bis predisposto da codesta Stazione appaltante include i "procuratori speciali" tra i soggetti tenuti a rendere detta dichiarazione, si chiede di confermare che, in conformità all'interpretazione della norma in esame fornita dall'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato (16 ottobre 2013 n. 23), tale obbligo si riferisca solo a eventuali procuratori muniti di poteri decisionali particolarmente ampi da essere accomunati agli "amministratori muniti di poteri di rappresentanza" di cui alla lettera c) della norma in esame".</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 11</p> <p>Si conferma quanto richiesto.</p>
<p style="text-align: center;">QUESITO N. 12</p> <p>In relazione alla procedura in oggetto, chiediamo i seguenti chiarimenti:</p> <p>1) Nelle Definizioni a pagina 4 del Capitolato Tecnico si legge che il Certificato è <i>"Il documento che stabilisce i termini di operatività della copertura assicurativa di ogni aderente"</i> . Poiché nel Bando la copertura assicurativa è indicata <i>"in forma collettiva"</i>, si chiede conferma alla Cassa che si possa considerare la Contraente, quindi la Cassa Nazionale del Notariato stessa come l'aderente alla suddetta copertura.</p>	<p style="text-align: center;">RISPOSTA N. 12</p> <p>1) Si conferma che per la copertura base -piano garanzie A- l'aderente alla copertura per conto altrui è la Cassa Nazionale del Notariato per la quale dovrà essere emesso un singolo certificato. Per il piano garanzie B il certificato si riferisce all'adesione alla formula integrativa di ogni singolo aderente.</p>

2) A pagina 5 del Capitolato Tecnico la Franchigia viene definita facendo riferimento alle garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato; poiché nelle sezioni B e C dell'Art. 5.6, rispettivamente a pagina 35 e 36 di detto Capitolato, si legge "

- se eseguiti presso strutture convenzionate:

pagamento diretto con una franchigia di € 50,00 a carico dell'assicurato";

si chiede conferma alla Cassa che tale definizione valga anche in caso di pagamento diretto.

3) Nelle Definizioni a pagina 5 del Capitolato tecnico si legge che l'Indennità Sostitutiva è "*L'importo giornaliero erogato dall'Assicuratore per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio del parto e dell'aborto terapeutico*".

Si chiede conferma alla Cassa che detta Indennità debba essere quindi erogata solo nel caso in cui esistano tali necessità.

4) Si chiede conferma che l'Istituto di cura definito a pagina 6 del Capitolato tecnico debba essere un ospedale pubblico, una clinica o una casa di cura privata regolarmente autorizzata dalle competenti autorità.

5) Si chiede conferma alla Cassa che con riferimento alla Malformazione definita a pagina 6 del Capitolato tecnico "*ai fini delle esclusioni di polizza, non*" debba essere "riconducibile" alla malformazione, anziché al "*difetto fisico*", come invece viene indicato.

2) Si conferma che vale anche in caso di pagamento diretto.

3) "L'indennità sostitutiva" dovrà essere erogata per tutti i casi in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza.

4) Si conferma.

5) Si conferma, trattasi di mero errore materiale facilmente riconoscibile. Si chiarisce che ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile a malformazione ma è da considerarsi "malattia" ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa alla malformazione preesistente.

6) Si chiede conferma alla Cassa che con la Definizione di Personale medico e sanitario riportata a pagina 6 del Capitolato tecnico si faccia riferimento al Personale medico e sanitario convenzionato.

7) A pagina 15, alla Sezione 3 dell'Art. 3.1 - Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni, al punto a), si legge: *"L'assicurato che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie convenzionate con presa in carico diretta, deve preventivamente prendere contatto con la*

*Centrale operativa telefonando al numero verde dedicato _____
orario: _____*

_____ tel.: _____

_____ fax: _____

_____ indirizzo mail: _____

_____".

Precisiamo che per la richiesta da parte dell'Assicurato dell'erogazione in rete delle prestazioni la Compagnia mette a disposizione i seguenti "canali": telefono (con numero verde dedicato), sito web, app gratuita, mentre non è prevista la possibilità di richiedere l'erogazione di prestazioni attraverso fax o e-mail.

8) A pagina 16, alla Sezione 3 all'Art. 3.1 - Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni, al punto b), si legge: "LE RICEVUTE DI SPESA DEVONO ESSERE TRASMESSE IN COPIA" e

6) Si conferma.

7) Non è una richiesta di chiarimento, tuttavia si conferma quanto previsto a pag. 15 sez. 3 dell'art. 3.1.

8) Si conferma.

successivamente "(...) *In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti previsti dalle presenti garanzie. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il titolare di polizza deve inviare il modulo di denuncia del sinistro ed allegare la documentazione di spesa in originale (distinte e ricevute), debitamente quietanzata, nonché:*

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale(...)".

Si chiede alla cassa di confermare che la documentazione di spesa da allegare (distinte e ricevute), possa essere prodotta in copia fatta salva la facoltà dell'Assicuratore di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

9) A pagina 21 del Capitolato tecnico, nella Sezione 4 all'Art. 4.3 viene indicato il Massimale assicurato pari a Euro 400.000,00 per anno.

Si chiede conferma alla Cassa che detto massimale annuo debba considerarsi per persona in caso di solo copertura base, mentre debba considerarsi esteso al nucleo familiare in caso di adesione alla copertura integrativa e che il relativo massimale di 200.000,00, indicato a pagina 31 alla Sezione 5, all'Art. 5.4, debba considerarsi come un sottomassimale annuale per nucleo del primo massimale citato.

10) A pagina 21 del capitolato tecnico, alla Sezione 4 all'Art. 4.4 – Scoperto, al punto 4.4.1 si legge che *"In caso di Prestazioni effettuate in assistenza diretta, (...), le spese*

9) Si conferma.

10) Si conferma: in caso di prestazioni pre e post effettuate in strutture non convenzionate, si applica uno scoperto del 35% senza minimo, entro il massimale annuo di € 3.000,00.

relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Assicuratore alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno scoperto. Parimenti non saranno soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza diretta nel pre e post ricovero-fermi restando gli specifici limiti temporali".

Si chiede alla Cassa di confermare che in caso le prestazioni di pre e post ricovero siano effettuate in strutture non convenzionate valgano lo scoperto ed il massimale indicati nel successivo punto 4.4.2 con riferimento alle prestazioni effettuate in assistenza indiretta.

11) A pagina 22 del capitolato tecnico, alla Sezione 4, all'Art. 4.4 – Scoperto, si legge che *"... Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti punti 4.4.1 e 4.4.2."*

Si chiede alla Cassa di confermare l'interpretazione e che pertanto i Day hospital senza intervento chirurgico di durata minore o uguale a 3 giorni non debbano essere liquidati in nessun caso.

12) A pagina 22 del Capitolato tecnico, all'Art. 4.4 – Scoperto, al punto 4.4.2 si legge:

"In caso di prestazioni effettuate in

11) La limitazione dei 3 giorni applicata al Day hospital senza intervento è riferita solo alla garanzia "Grandi Interventi Chirurgici" e "Gravi Eventi Morbosi". In tutti gli altri casi (cure oncologiche e follow up oncologico della sezione A e nei casi della sezione B) il Day hospital è sempre rimborsabile indipendentemente dal numero di giorni e dalla presenza di intervento chirurgico.

12) Il chiarimento che segue si intende a valere per i punti 4.4.2 e 5.5.2

· Scoperto 30% minimo € 7.000,00 per sinistro (v. definizione capitolato di gara);

· Scoperto 30% minimo € 5.000,00

assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, opera con uno scoperto pari al 30% con un minimo di € 7.000,00 per sinistro a carico dell'assicurato; nel caso di assicurati pensionati verrà applicato uno scoperto pari al 30% con un minimo di € 5.000,00. Per le prestazioni effettuate (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie) in assistenza indiretta nel pre e post ricovero - fermi restando gli specifici limiti temporali- è invece previsto il rimborso delle spese con uno scoperto del 35% senza minimo entro il massimale annuo di € 3.000,00, salvo che per i ticket che verranno comunque rimborsati al 100%".

Vi chiediamo le seguenti conferme:

- lo scoperto del 30% col minimo non indennizzabile di € 7.000,00 per sinistro a carico dell'assicurato, si intende applicato sul singolo ricovero;
- lo scoperto del 30% col minimo non indennizzabile di € 5.000,00, nel caso di assicurati pensionati, si intende applicato sul singolo evento;
- lo scoperto del 35% senza minimo non indennizzabile, fatta eccezione per i ticket per i quali si prevede il rimborso integrale, si intende applicato alle prestazioni di pre e post ricovero erogato in assistenza indiretta, entro il massimale annuo di € 3.000,00 per nucleo familiare.

In caso l'interpretazione sia corretta, si chiede di confermarla anche per il punto 5.5.2 della Sezione 5, Art. 5.5

per sinistro (v. definizione capitolato di gara);

· Per le prestazioni effettuate pre e post ricovero scoperto 35% con il massimale annuo di €. 3.000,00 da intendersi per persona ovvero per nucleo familiare qualora presente, salvo i ticket che verranno rimborsati al 100%.

- Scoperto, a pagina 32.

13) A pagina 22 e 23 alla Sezione 4, in relazione all'Art. 4.5.1- Ricoveri per Grandi interventi chirurgici, si chiedono le seguenti conferme:

punto e): che le rette di degenza escludano le spese voluttuarie;

punto g): che per le spese per l'accompagnatore il limite previsto di euro 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni sia per ricovero;

punto h): che per le spese di assistenza infermieristica individuale l'importo massimo annuo di euro 3.900 previsto sia per nucleo familiare;

punto i): che i massimali annui previsti per le spese di Trasporto dell'Assicurato e per ricoveri in Italia e in Stati della UE e per ricoveri nel resto del mondo debbano essere intesi per nucleo familiare. Si chiede inoltre conferma che per "spese di trasporto" si debbano intendere le spese di trasporto Sanitario;

punto j): che l'importo massimo annuo previsto per le spese di acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa debba essere inteso per nucleo familiare;

punto k): che le cure palliative e la terapia del dolore previste siano riferite a prestazioni effettuabili unicamente durante il ricovero;

punto l): che l'importo massimo annuo previsto per i costi funerari e di rimpatrio della salma debba essere inteso per nucleo familiare.

Si estende tale richiesta di chiarimento agli analoghi punti delle spese rimborsate elencati a pagina 32, 33 e 34, Sezione 5, Art. 5.6 -

13) Relativamente alle pagine 22 e 23 della sezione 4, in relazione all'art. 4.5.1 - Ricoveri per grandi interventi chirurgici, si forniscono i seguenti chiarimenti/conferme:

punto e: si conferma;

punto g: si conferma;

punto h: il massimale deve essere inteso per persona assicurata in caso di adesione alla sola sezione A e per nucleo (se presente) in caso di adesione alla sezione B;

punto i: il massimale deve essere inteso per persona assicurata in caso di adesione alla sola sezione A e per nucleo (se presente) in caso di adesione alla sezione B. Si precisa, inoltre, che le "spese di trasporto" non sono da intendersi come spese di trasporto esclusivamente "sanitario";

punto j: il massimale deve essere inteso per persona assicurata in caso di adesione alla sola sezione A e per nucleo (se presente) in caso di adesione alla sezione B;

punto k: si conferma che tale punto si riferisce esclusivamente alle terapie effettuate in regime di ricovero. E' d'uopo precisare che tale copertura opera in aggiunta a quella espressamente prevista anche al di fuori del ricovero all'Art. 4.5.6 - Cure oncologiche;

punto l: il massimale deve essere inteso per persona assicurata in caso di adesione alla sola sezione A e per nucleo (se presente) in caso di adesione alla sezione B.

Tali chiarimenti si estendono agli analoghi punti elencati a pagina 32, 33 e 34, sezione 5, art 5.6 - Prestazioni al punto A.

Prestazioni, al punto A.

14) A pagina 25 in relazione all'Art. 4.5.6 - Cure oncologiche si legge che rientrano in copertura le *"prestazioni mediche e infermieristiche, esami, accertamenti diagnostici, cure, trattamenti, terapie (...)* *comprehensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero. Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo (...)"*.

Chiediamo conferma della correttezza della seguente interpretazione: rientrano nell'ambito di questa garanzia le prestazioni extraospedaliere e quelle effettuate in regime di ricovero o di day hospital che non comportino intervento chirurgico. I ricoveri con intervento chirurgico, i day hospital chirurgici e gli interventi chirurgici ambulatoriali (che prevedono anche il rimborso delle spese connesse alla sala operatoria non contemplata nel presente articolo) verranno invece liquidati nell'ambito della garanzia prevista all'Art. 4.4 della Sezione 4 - Grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi, assoggettati quindi ai relativi limiti di indennizzo.

15) A pagina 32 del capitolato tecnico, Sezione 5 all'Art. 5.5 al punto 5.5.3 si legge: *" Per gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente lo scoperto applicato è del 35% senza applicazione del minimo (nel caso di assicurati pensionati lo scoperto applicato è del 30% senza applicazione del minimo)"*.

14) Si conferma che rientrano in questa garanzia le prestazioni extraospedaliere, i ricoveri e i day hospital che non comportino intervento chirurgico. Si precisa, altresì, che i ricoveri con intervento chirurgico, i day hospital chirurgici e gli interventi chirurgici ambulatoriali (che prevedono il rimborso anche della sala operatoria) sono da intendersi rimborsabili nell'ambito della garanzia prevista all'art. 4.5.1 "Ricoveri per grandi interventi" della sezione 4 e della garanzia prevista all'art. 5.6 lettera A, qualora sia stata attivata la copertura integrativa.

15) Si conferma la correttezza dell'interpretazione.

Si chiede conferma della correttezza dell'interpretazione che tale scoperto sia da applicarsi solo in caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta.

16) Nella SEZIONE 5 GARANZIE "B", all' Art. 5.6 - Prestazioni, comma 2 *"In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo)"* di pag. 32 e 33, viene regolamentato il ricovero per malattia oncologica qualora il ricovero non comporti alcun intervento chirurgico.

Si chiede conferma della seguente interpretazione, nel caso in cui il ricovero per malattia oncologica comportasse un intervento chirurgico:

- in caso malattia oncologica benigna, il ricovero con intervento verrà erogato secondo quanto previsto nella SEZIONE 5 GARANZIE "B" all'Art. 5.6 - "Prestazioni" e più specificamente al comma 1. *"In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital"* a pag. 32 e 33 del Capitolato
- in caso malattia oncologica maligna, il ricovero con intervento verrà erogato secondo quanto previsto nella SEZIONE 4 - GARANZIE "A" - GRANDI

16) La copertura per intervento chirurgico a seguito di malattia oncologica, indipendentemente dalla sua natura benigna o maligna, è regolamentata dall'art. 4.5.1 della sezione 4, se l'intervento è ricompreso nell'Elenco 1- Grandi interventi chirurgici a pagina 26, o dall'art. 5.6 lettera A della sezione 5 qualora sia stata attivata la copertura integrativa.

INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI" a pag. 25 all'Art. 4.5.6 - "Cure oncologiche" Con riferimento alla definizione di <Ricovero> di pag. 7 che esclude "i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale", le eventuali prestazioni extra-ospedaliere saranno erogate, se in copertura, con le modalità e con i limiti indicati agli articoli "B. Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica", "C. Visite specialistiche - diagnostica corrente- prestazioni terapeutiche e fisioterapiche" e "D. Protesi" da pag. 34 a 36.

17) A pagina 35 al punto B dell'Art. 5.6 - Prestazioni, nell'ambito della garanzia "Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica" sono previste le seguenti prestazioni:

"...
Endoscopia a scopo diagnostico o terapeutico

...
Polipectomia

... "

Le endoscopie a scopo terapeutico e la polipectomia non sono configurabili come accertamenti diagnostici bensì come prestazioni terapeutiche effettuate in regime di ricovero, day hospital o ambulatoriale e, come tali, si tratta di prestazioni da ricomprendere nell'ambito del punto A dello stesso articolo. Per evitare problemi di interpretazione contrattuale si chiede alla cassa se condivide l'eliminazione di tali prestazioni dall'elenco.

18) A pagina 34, 35 e 36 del Capitolato tecnico, nell'ambito delle modalità liquidative che normano

17) Si condivide l'eliminazione di tali prestazioni dall'elenco a pagina 5 del Capitolato per ricomprenderle tra le prestazioni effettuate in regime di ricovero, day hospital o ambulatorialmente.

18) Franchigie e scoperti sono applicabili per prestazione, salvo il caso di visite specialistiche che implicino la contestuale esecuzione di test, esami

rispettivamente le "Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica" e le "Visite specialistiche (...)" vengono definite le franchigie e gli scoperti da applicare.

Si chiede alla cassa di confermare che dette franchigie e detti scoperti siano da applicarsi per prestazione.

- 19)** A pagina 34 del capitolato tecnico alla Sezione 5, all'art. 5.6 "Prestazioni" punto B si legge *"L'Assicuratore, nei limiti del massimale di euro 15.000,00 anno/nucleo, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni..."*, mentre a pagina 36, al punto C dello stesso articolo si legge *"L'Assicuratore, nei limiti del massimale annuo di euro 5.000,00 anno/ nucleo, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni..."*.

Si chiede di confermare che anche le prestazioni previste al Punto C "Visite Specialistiche - Diagnostica corrente- prestazioni terapiche e fisioterapiche" sono in copertura *"in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza (...) su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico"*.

- 20)** A pagina 36 del capitolato tecnico, alla Sezione 5, all'Art. 5.6 punto C nell'elenco delle prestazioni in copertura si leggono le *"Analisi di laboratorio ed esami diagnostici"*.

specialistici: in tal caso la franchigia o scoperto si applica alla prestazione complessivamente eseguita.

- 19)** Si conferma.

- 20)** Si conferma.

Poiché a pagina 10 alla Sezione 2, Art. 2.3, il punto i) esclude dai rischi dell'assicurazione *"le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio"* non sembrano ritenersi in copertura gli esami diagnostici odontoiatrici.

Si chiede conferma della correttezza della suddetta interpretazione.

21) In relazione all'impossibilità di subappaltare *le prestazioni assicurativo/assistenziali, fatta eccezione per l'attività amministrativa svolta dalla Centrale Operativa*, premesso che per l'erogazione di prestazioni *"in rete convenzionata"* sinistri con erogazione diretta, non rimborsuale) non è possibile distinguere l'attività amministrativa da quella assicurativa (alias liquidativa), si chiede di voler confermare che è vietato subappaltare tutte le attività di gestione dei sinistri, comprese le attività di *prenotazione e valutazione del diritto alla prestazione* svolte dalla Centrale Operativa.

Inoltre, con particolare riguardo alle *prestazioni assistenziali*, ferme le eccezioni di cui al precedente quesito, si chiede di voler chiarire quali siano le *prestazioni assistenziali* non subappaltabili.

22) In relazione alla previsione di cui all'art. 6 del Disciplinare di Gara, in base alla quale sarebbe necessario assicurare la presenza, per l'intera durata contrattuale, di una Cassa di Assistenza/Fondo Sanitario in regola con l'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi, in relazione ai benefici fiscali previsti per contributi versati da "lavoratori autonomi"

21) Si rimanda alle risposte fornite a precedenti quesiti e a quanto chiaramente disposto a pag. 5 del Disciplinare.

22) In relazione alla prima parte del quesito si rimanda alle risposte fornite a precedenti quesiti, confermandosi quanto disposto nel disciplinare e richiamando l'attenzione sulla composizione della categoria assicurata: notai, pensionati e lavoratori dipendenti. Inoltre si precisa che il premio posto a base d'asta deve intendersi quale spesa massima complessiva, comprensiva di qualsivoglia onere accessorio.

quali sono gli iscritti alla Cassa del Notariato, si chiede di voler confermare la possibilità di partecipare assicurando la presenza, per l'intera durata contrattuale, di un Ente di Assistenza in grado di poter assumere la contraenza di polizza e garantire l'ottenimento del beneficio della detrazione di imposta sui contributi versati al predetto Ente.

Inoltre, dato che è consuetudine nel settore degli Enti di Assistenza o Sanitari prevedere oltre al Contributo annuo anche una quota di iscrizione a titolo di oneri per il funzionamento, si chiede di voler altresì definire l'entità della predetta quota di iscrizione che potrà essere ritenuta a carico della Stazione Appaltante o dei singoli Iscritti aderenti.