D.1. La nota 1 del "Modello 1 - Domanda di partecipazione e dichiarazione attestante il possesso dei requisiti generali" prevede che "in caso di partecipazione collettiva (R.T.I., Consorzi o GEIE) la dichiarazione va resa dai soggetti di cui all'art. 9 del Disciplinare di gara, paragrafo 9A". Si richiede se il riferimento da prendere in considerazione sia il paragrafo 9, punto 1.1 a pagina 10 del Disciplinare di Gara.

R.1. La risposta è affermativa. Si conferma che il riferimento corretto è a quanto previsto dal par.9, punto 1.1, pag. 10 del disciplinare di gara.

D.2. Nel "Modello 1 - Domanda di partecipazione e dichiarazione attestante il possesso dei requisiti generali", il Concorrente, in ipotesi di consorzio, RTI e GEIE deve dichiarare "la parte delle prestazioni contrattuali che ciascuna impresa assume nella ripartizione dell'oggetto contrattuale all'interno del consorzio, RTI e GEIE". Si richiede se il Concorrente debba indicare, oltre alla misura percentuale di ripartizione, anche le specifiche attività ripartite.

R.2. E' sufficiente che il concorrente indichi soltanto la misura percentuale della ripartizione.

D.3. A pagina 4 del Disciplinare di gara, si specifica che "i requisiti di capacità economico-finanziari e tecnico – organizzativi,in caso di R.T.I., G.E.I.E. o Consorzi dovranno essere posseduti complessivamente dai concorrenti raggruppati o raggruppandi, riuniti o riunendi, consorziati o consorziandi". Si chiede conferma che, in ipotesi di costituendo R.T.I., il contratto di avvalimento, in considerazione del termine complessivamente, possa essere sottoscritto o dalla sola mandataria o dalla sola mandante, essendo sufficiente che il requisito oggetto di avvalimento sia prestato da uno solo dei componenti il costituendo RTI.

R.3. Si premette che la partecipazione in r.t.i. deve rispettare tutto quanto previsto dalla normativa di riferimento (con specifico riguardo all'art. 37 d.lgs. 163/2006) e dal disciplinare di gara, nonché - per quanto concerne il possesso dei requisiti di partecipazione - tutto quanto previsto sia alla pag. 4, sia alla pag 7 del disciplinare stesso, con particolare riferimento alle disposizioni dettate per il requisito di raccolta contributi e per il requisito relativo alle referenze bancarie. Si fa presente inoltre, che, anche nel caso di partecipazione in r.t.i., il ricorso all'avvalimento deve avvenire comunque nel rispetto dell'art. 49 del d.lgs. 163/2006.

Tutto ciò premesso, per quanto concerne lo specifico quesito se il contratto di avvalimento, in caso di partecipazione in costituendo r.t.i., possa essere sottoscritto solo dalla mandante o dalla mandataria, si precisa che è sufficiente che il contratto di avvalimento sia sottoscritto, oltre che dalla ausiliaria, dall'impresa (sia essa la mandante o la mandataria) che, in concreto, è carente del requisito per sopperire al quale fa ricorso all'avvalimento.

D.4. A pagina 7 del Disciplinare di gara, nel sottoparagrafo dedicato all'ipotesi di partecipazione in "R.T.I./Consorzi - costituiti o da costituirsi", si fa riferimento a requisiti di capacità tecnico – professionali". Si chiede conferma che il riferimento sia invece ai requisiti di capacità tecnico- organizzativa.

R.4. Si conferma che il riferimento corretto è ai requisiti di capacità tecnico-organizzativa.

D.5. "Modello 1 - Domanda di partecipazione e dichiarazione attestante il possesso dei requisiti generali", il Concorrente, in ipotesi di consorzio, RTI e GEIE deve dichiarare "la parte delle prestazioni contrattuali che ciascuna impresa assume nella ripartizione dell'oggetto contrattuale all'interno del consorzio, RTI e GEIE". Si chiede se la compilazione sia da eseguirsi solo in ipotesi di R.T.I. costituito o anche nel caso di RTI da costituirsi.

R.5. La dichiarazione deve essere resa sia nel caso di r.t.i. costituito, sia nel caso di r.t.i. costituendo.

D.6. Si chiede di confermare che, nell'ipotesi di partecipazione di una Cassa di Assistenza e una Compagnia di Assicurazione in costituendo RTI, non sia necessario il ricorso all'avvalimento da parte della Compagnia nei confronti della Cassa per il requisito relativo alla raccolta dei contributi e da quest'ultima integralmente soddisfatto, considerato che i requisiti di natura tecnica-organizzativa devono essere posseduti complessivamente dal raggruppamento costituendo e non da ciascun componente?

R.6. La risposta è affermativa, si conferma l'interpretazione prospettata**.** Si precisa soltanto, senza che ciò alteri la risposta fornita, che il requisito di raccolta contributi è un requisito economico – finanziario.

D.7. Si chiede di confermare che, nell'ipotesi di partecipazione di una Cassa di Assistenza e una Compagnia di Assicurazione in costituendo RTI, ove entrambi i soggetti raggruppandi fossero carenti di un requisito di natura tecnico-organizzativa (diverso dalla raccolta contributi), il contratto di avvalimento nei confronti di un soggetto terzo può essere sottoscritto solo da uno dei soggetti raggruppandi considerato che i requisiti in parola devono essere posseduti complessivamente dal raggruppamento costituendo e non da ciascun componente?

R.7. La risposta è affermativa, si conferma l'interpretazione prospettata. Si rinvia alla risposta R.3

D.8. Si richiede la numerosità dei soggetti aderenti, utilizzando il medesimo format riportato all'art. 2.2 del Disciplinare di Gara con riferimento ai periodi assicurativi 01/01/2008-31/12/2008, 01/01/2009-31/12/2009 e 01/01/2010-31/03/2011.

R.8. Si premette che nel corso di ciascun periodo assicurativo possono intervenire cambiamenti nello status dei soggetti aderenti (es. matrimonio, separazione, variazioni nel numero dei familiari a carico per nascita, ecc.) e che pertanto i dati richiesti vanno necessariamente riferiti ad una data precisa. I dati richiesti sono contenuti nelle tabelle allegate alla presente e sono riferiti al 31/12 di ciascuno degli anni 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011, nonché al 31.3.2011.

D.9. Si chiede l'estratto dei piani sanitari "Assistenza Base" - Assistenza Plus" - "Grandi Rischi Pensionati" - in vigore nei periodi assicurativi 01/01/2008-31/12/2008, 01/01/2009-31/12/2009 e 01/01/2010-31/03/2011.

R.9. Si confermano i dati e le informazioni pubblicati. Si fa presente, tuttavia, che l'impostazione dei piani sanitari posti a gara è sostanzialmente analoga a quella dei periodi assicurativi richiesti.

D.10. Con riferimento alla statistica sinistri 01.01.2007 - 31.03.2012 e prospetti (elab. maggio 2012) si chiede a cosa sia riferita la deduzione del 4% sui contributi.

R.10. Si tratta della quota di iscrizione corrisposta alla Cassa e pari al 4% del contributo totale pagato. Pertanto, nell'ambito della statistica sinistri, la quota d'iscrizione non è considerata nel calcolo dell'indice Sinistri/Premi (S/P).

D. 11. Si chiede lo stato di rischio per ogni anno con l'indicazione per ciascuna copertura (BASE ATTIVI, BASE PENSIONATI, PLUS) di: titolari, familiari a carico, familiari non a carico.

R.11. I dati richiesti sono contenuti nelle tabelle allegate alla Risposta n. 8 (R.8).

D.12. Si chiedono le condizioni generali delle polizze in corso ed eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti.

R.12. Si confermano i dati e le informazioni pubblicati. Si fa presente, tuttavia, che l'impostazione dei piani sanitari posti a gara è sostanzialmente analoga a quella delle polizze in corso e degli anni precedenti.

D. 13. Si chiede se sia corretto ritenere che la decorrenza della polizza 2011 sia dal 01/04/2011 al 31/03/2012. In caso di risposta affermativa, si chiede se sia corretto ritenere che la polizza in scadenza 31/12/2010 sia stata prorogata per i successivi quattro mesi che altrimenti sarebbero risulterebbero scoperti.

R.13. Si conferma che la polizza 2011 aveva durata dall'1.4.2011 al 31.3.2012. La polizza precedentemente in essere, invece, aveva durata di 15 mesi ed è pertanto venuta a scadenza il 31.3.2011.

D.14. Nel Disciplinare di gara, a pagina 3 all'Art. 2 "Importo dell'appalto – soggetti aventi titolo a fruire sei servizi - informazioni sui soggetti aderenti alle coperture collettive vigenti" nel prospetto 2.2) alla sezione "stato civile altro", si legge che i titolari pensionati maschi sono 17, ma sommando i titolari pensionati con familiari iscritti (14) e i titolari pensionati senza familiari scritti (2) si ottiene un totale di 16 teste.
Si chiede di specificare quale sia il numero di titolari pensionati maschi che presentano stato civile "altro".

R.14. Si precisa quanto segue: il numero complessivo di pensionati maschi è 17; il numero di pensionati maschi con familiari iscritti è 14, mentre il numero di pensionati maschi senza familiari iscritti è 3 (e non 2 come invece indicato nella tabella di pag. 3 del disciplinare).

D.15. Nell'Allegato D – Schema di Contratto, a pagina 2 nelle "Definizioni" si legge:"Evento/sinistro: la causa che determina la richiesta di rimborso. Le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica causa. L'onere della prova è a carico dell'Assistito". Da ciò consegue che la Cassa provvederà al rimborso all'assicurato delle spese pervenute in un unico invio per prestazioni dipendenti da una stessa patologia e relative ad un unico assicurato.
Si chiede conferma della corretta interpretazione.

R. 15. Si precisa che la Cassa provvederà a rimborsare all'assicurato le spese per prestazioni effettuate, anche in tempi diversi (e con invii diversi) ma dipendenti da una stessa causa.

D.16. Nell'Allegato D – Schema di Contratto A pagina 13 all'art. 17 "Subappalto" si legge "In alternativa (*) (...)".
Si chiede di specificare il riferimento (*) a che parte dello schema di contratto si fa riferimento.

R.16. Il documento Schema di contratto è per l'appunto uno schema. La disposizione relativa al subappalto sarà pertanto condizionata necessariamente a quanto dichiarato del concorrente aggiudicatario in sede di offerta. Il segno (*) è stato utilizzato come segno grafico per evidenziare

che il contenuto dell'articolo varierà in relazione al contenuto dell'offerta dell'aggiudicatario e non si riferisce ad altre parti del documento stesso.

D.17. Nel disciplinare Assistenza Base, a pagina 7 all'Art. 4 "Prestazioni" lettera C "Prestazioni di Alta Diagnostica" si legge "(...) Le prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsate come segue (...) se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa verrà applicato uno scoperto (...) per ciclo di cura". Non essendoci definizione per ciclo di cura, si identificherà il ciclo di cura con la definizione di Evento/Sinistro a pagina 2 dell'allegato D – Schema di Contratto con l'interpretazione riportata alla domanda 4).
Si chiede di confermare suddetta interpretazione.

R.17. Si conferma che il ciclo di cura è identificabile con la definizione di "sinistro".

D.18. Nel disciplinare Assistenza Base, a pagina 8 all'Art. 4 "Prestazioni" lettera G "Long term care" si legge "Per i soli dipendenti" titolari dell'assistenza, la Cassa rimborsa, per le malattie manifestatesi e per gli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del contratto (...) le spese documentate di assistenza (...) nel limite di € 600,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni. In alternativa, ove possibile, viene corrisposta una rendita di € 600,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni". Da ciò consegue che la copertura prevede il rimborso delle spese sostenute durante la validità del contratto, e quindi cesserà allo scadere dello stesso.
Si chiede di confermare la correttezza della precedente interpretazione. Medesima interpretazione sarà estesa anche nel caso dell'Assistenza Opzione Plus.

R.18. Si precisa che la garanzia LTC, nell'ipotesi di sua attivazione durante la vigenza del contratto, sarà operante fino alla scadenza del periodo d'indennizzo indicato nel capitolato (10 anni), prescindendo pertanto dalla durata del contratto**.**

D.19. Nel Disciplinare Assistenza Base, a pagina 8 dell'art. 4 "Prestazioni" alla lettera H "Ospedalizzazione domiciliare" si legge "La Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici (...). Tali spese vengono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 1.000,00 per anno/nucleo". Da ciò si deduce che trattandosi di ospedalizzazione domiciliare fornita successivamente a un ricovero debba essere prescritta in cartella clinica all'atto delle dimissioni.
Si chiede conferma della suddetta interpretazione.

R. 19. Si precisa che non è necessaria la prescrizione all'interno della cartella clinica ma è sufficiente una prescrizione da parte di un medico.

D.20 Nel disciplinare Assistenza Opzione Plus a pagina 5 alla lettera C – "Prestazioni Specialistiche" si legge "(...) Le prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsate come segue (...) se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato uno scoperto (...) per ciclo di cura". Non essendoci definizione per ciclo di cura, siidentificherà il ciclo di cura con la definizione di Evento/Sinistro a pagina 2 dell'allegato D – Schema di contratto con l'interpretazione riportata alla domanda 4).

Si chiede di confermare suddetta interpretazione.

R. 20 Si conferma che il ciclo di cura è identificabile con la definizione di “sinistro”.

D.21. Nel Disciplinare – Assistenza Grandi Rischi Pensionati non è presente l’articolo che definisce le prestazioni escluse.

R.21. L'Assistenza Grandi Rischi pensionati comprende esclusivamente le fattispecie di rischio evidenziate nel capitolato medesimo.