

	

Servizio di assicurazione sanitaria per n.
212 dipendenti della LAZIOcrea S.p.A.

C.I.G.: 694667518F

INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

LAZIOcrea S.p.A. - Società a Socio unico Regione Lazio - Cap. Soc. € 924.400,00
Sede legale e amministrativa: Via del Serafico, 107 00142 Roma - T +39 06 515631 F +39 06 51563611
Uffici: Via Adelaide Bono Cairoli, 68 - Roma 00145 - T +39 06 51689800 - F +39 06 51892207
C.F./P.IVA 13662331001 - R.E.A. RM-1464288

PEC Azienda: laziocrea@legalmail.it
PEC Gare: gare.laziocrea@legalmail.it
www.laziocrea.it - www.regione.lazio.it

	

1. Domanda e RISPOSTA

Con riferimento al Disciplinare di gara si chiede se sia presente un intermediario assicurativo e, nel caso, quale aliquota provvigionale debba essergli corrisposta

RISPOSTA

Non è presente alcun intermediario assicurativo

2. Domanda e RISPOSTA

A pagina 4 del Capitolato d'Oneri secondo capoverso del punto 1 "Premessa" si legge: "(..) *il personale afferente la ex Lait S.p.A. beneficia di una polizza sanitaria integrativa, con contributo parziale a carico del lavoratore, a favore di tutti i dipendenti che ne facciano richiesta (...)*" Sul disciplinare è esplicitato che il premio annuale per ciascun dipendente assicurato è pari ad Euro 610,00, si chiede quale sarà la quota a carico del lavoratore.

RISPOSTA

La quota a carico di ogni dipendente è di € 60,00 (sessante/00)

3. Domanda e RISPOSTA

A pagina 7 al punto 3 "Oggetto dell'appalto" si legge: "(...) *Parimenti a titolo meramente indicativo si precisa che alla data del 31/12/2015 gli assicurati rappresentavano circa il 78% dei n. 212 dipendenti...*"

Si chiede se è possibile avere i dati aggiornati all'ultima annualità di copertura della polizza assicurativa, con indicazione del numero di dipendenti e del numero di dipendenti aderenti

Si chiede inoltre se il piano sanitario previsto sia uguale a quello attualmente in vigore e, laddove non lo fosse, di indicare le differenze /o produrre le condizioni della copertura sanitaria in essere

RISPOSTA

I dipendenti che avevano aderito all'ultima polizza scaduta a febbraio 2016 erano 169 (centosessantannove) su un totale di 212 (duecentododici)

Il piano richiesto è lo stesso di quello in vigore nel 2015

4. Domanda e RISPOSTA

A pagina 7 al punto 3"oggetto dell'appalto" si legge: *"(..) parimenti a titolo meramente indicativo si precisa che gli assicurati rappresentano circa il 78% (..) di questi 4 (coniugi) dipendenti hanno sottoscritto la polizza sanitaria, anche in favore dei rispettivi coniugi, mentre 5 (cinque) dipendenti in favore dei rispettivi figli .."*

Si chiede conferma della presenza di un refuso e il periodo debba essere corretto nel seguente modo:

"(..) parimenti a titolo meramente indicativo si precisa che gli assicurati rappresentano circa il 78% (..) di questi 4 (quattro) dipendenti hanno sottoscritto la polizza sanitaria, anche in favore dei rispettivi coniugi, ..."

Inoltre si chiede il numero dei figli dei dipendenti che hanno aderito alla polizza assicurativa

RISPOSTA

Si, trattasi di un refuso

Il numero dei figli dei dipendenti che hanno esteso è 6 (sei)

5. Domanda e RISPOSTA

A pagina 7 al punto 3"oggetto dell'appalto" si legge: *"(..) La copertura assicurativa deve poter essere estesa, dietro richiesta del dipendente assicurato... alle persone che compongono la famiglia dello stesso, anche se non a carico, purché siano conviventi e/o temporaneamente con conviventi per motivi di studio, (...) purché risultanti dal certificato di famiglia. Il premio annuale per l'estensione della polizza sanitaria al nucleo familiare deve essere:*

Per il coniuge o il convivente more uxorio, pari o di inferiore ad Euro 430,00

Per il figlio minore pari od inferiore ad Euro 380,00"

Da ciò si deduce che il dipendente assicurato possa estendere la copertura al proprio coniuge e convivente more uxorio e al figlio da stato di famiglia. Si chiede conferma dell'interpretazione sopra citata

RISPOSTA

Si il premio per i coniugi ed i figli è a carico del dipendente

6. Domanda e RISPOSTA

A pagina 9 punto 4.1. "requisiti minimi della copertura assicurativa" lett. a) si legge:
"(..) day hospital chirurgico per malattia ed infortunio"

Si chiede conferma che il day hospital non debba essere riconosciuto

RISPOSTA

Si conferma

7. Domanda e RISPOSTA

A pagina 9 punto 4.1 b) si legge:" (..) *visite specialistiche ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattie o a infortunio presso strutture convenzionate e/o con ticket del S.S.N."*

Si chiede conferma che le prestazioni visite specialistiche e accertamenti diagnostici non potranno essere rimborsati in caso di utilizzi di strutture o personale non convenzionato

RISPOSTA

Si conferma

8. Domanda e RISPOSTA

A pagina 16 al punto 3 si legge "*(..) nel caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato le spese vengono liquidate con l'applicazione di una franchigia pari ad Euro 100,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia"*

Si chiede conferma che l'applicazione della franchigia di Euro 100,00 in caso di utilizzo di strutture o personale non convenzionato sia imputabile alla garanzia alta specializzazione.

Per maggiore chiarezza ed evitare contenziosi, si chiede conferma che la compagnia Assicuratrice dovrà presentare una bozza di fascicolo informativo con la declinazione delle caratteristiche liquidative delle garanzie elencate nel capitolato d'oneri

RISPOSTA

Si conferma

	

9. Domanda e RISPOSTA

A pagina 16 al punto 3 si legge: “(...) *nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato, le spese vengono liquidate direttamente con l'applicazione di una franchigia di Euro 45,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico*”

Si chiede conferma che l'applicazione della franchigia di Euro 45,00 in caso di utilizzo di strutture o personale convenzionato sia imputabile alle prestazioni previste alla garanzia 4.1.1. Alta specializzazione ed alla garanzia 4.1 b) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

Per maggiore chiarezza ed evitare contenziosi, si chiede conferma che la compagnia Assicuratrice dovrà presentare una bozza di fascicolo informativo con la declinazione delle caratteristiche liquidative delle garanzie elencate nel Capitolato d'Oneri

RISPOSTA

Si conferma

10. Domanda e RISPOSTA

A pagina 9 al punto 4.1 si legge:” (...) *l'assicuratore deve garantire la copertura assicurativa in caso di ... f) trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio*”

Non essendo declinata al punto 5 “Massimale assicurato e franchigie” a pagina 15 la modalità di liquidazione né il massimale è corretto affermare che la Compagnia Assicuratrice produrrà una bozza del fascicolo informativo.

RISPOSTA

Si conferma

11. Domanda e RISPOSTA

A pagina 9 al punto 4.1 si legge:” (...) *l'assicuratore deve garantire la copertura assicurativa in caso di h) Diagnosi comparativa..*”

Non essendo definite le caratteristiche della garanzia diagnosi comparativa al punto 54 “Massimale Assicurato e franchigie” a pagina 15, è corretto affermare che la Compagnia Assicuratrice produrrà una bozza del fascicolo informativo

RISPOSTA

	

Si conferma

12. Domanda e RISPOSTA

A pagina 9 al punto 4.1 si legge:” (...) *l'assicuratore deve garantire la copertura assicurativa in caso di I) servizi di assistenza e consulenza, a livello nazionale, con un orario di copertura di h 12*”

Considerando che nelle successive pagine non sono definiti i servizi di assistenza e consulenza di interesse, è corretto affermare che la Compagnia Assicuratrice produrrà una bozza del fascicolo informativo

RISPOSTA

Si conferma

13. Domanda e RISPOSTA

A pagina 9 al punto 4.1 “requisiti minimi della copertura assicurativa” ultimo capoverso si legge “.. *l'assicuratore deve garantire almeno 20 (venti) strutture sanitarie convenzionate, dislocate sul territorio del Comune di Roma e altre 20 nel territorio della Provincia di Roma*”

E' corretto supporre che le 20 strutture dislocate nella provincia di Roma messe a disposizione dalla Società possano appartenere anche al comune di Roma?

RISPOSTA

No 20 strutture convenzionate devono dislocarsi sul territorio del Comune di Roma e altre 20 (venti) dislocate nella provincia di Roma

14. Domanda e RISPOSTA

A pagina 17 al punto 6 “Modalità di rimborso” si legge: “*l'assicuratore corrisponderà all'assicurato i rimborsi .. secondo le modalità ed i criteri seguenti: in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ... senza franchigia e senza alcun anticipo da parte dell'assicurato*”

Poiché al punto 5 “Massimale assicurato e franchigie” ultimo capoverso di legge:” *nel caso di utilizzo di strutture sanitarie o di personale convenzionato le spese vengono liquidate con l'applicazione di una franchigia di Euro 45,00 per ogni visita*

	

specialistica o accertamento diagnostico” è corretto supporre che il punto 6 debba essere integrato nel seguente modo:

“l’assicuratore corrisponder all’assicurato i rimborsi secondo le modalità ed i criteri seguenti: in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ... senza franchigia alcuna e senza anticipo da parte dell’assicurato a meno di quanto riportato al punto 5 “Massimale assicurato e franchigie..”

RISPOSTA

Si conferma

15. Domanda e RISPOSTA

Si chiede se ci sono eventuali precedenti assicurativi nel medesimo ramo assicurativo

RISPOSTA

Si