### Alle Società interessate

## OGGETTO: PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA SANITARIA PER I DIPENDENTI DI EQUITALIA S.P.A. E DELLE SOCIETÀ DEL GRUPPO EQUITALIA.

Con riferimento alle richieste di chiarimenti pervenute, si forniscono le seguenti risposte, ai sensi dell'articolo 71 del D.Lgs 163/2006 e s.m.i..

## RICHIESTE DI CHIARIMENTI

- 1) (domanda). In riferimento alla gara richiamata in oggetto siamo a richiedere la statistica sinistri degli ultimi 5 esercizi.
  - (Risposta).Con riferimento alla statistica dei sinistri di cui alla procedura di affidamento in oggetto, si allegano al presente documento (Allegato 1) le relative tabelle riassuntive con riferimento agli anni 2009, 2010 e primi otto mesi del 2011.
    - Si precisa che la copertura sanitaria di tutto il personale del Gruppo Equitalia è stata introdotta a far data dal mese di gennaio 2009.
- 2) (domanda). Ai fini di una ns. partecipazione alla gara in oggetto, chiediamo la situazione dei sinistri del quinquennio 2005-2011.
  - (Risposta).Si veda la risposta sub. 1).
- 3) (domanda). OMISSIS si richiede ai fine della partecipazione della gara assicurativa con scadenza 20/09/2011 la situazione sinistri.
  - (Risposta). Si veda la risposta sub. 1).
- 4) (domanda). OMISSIS vogliate trasmetterci con cortese sollecitudine informazioni dettagliate sui sinistri gravanti sul contratto in corso e sulle teste esposte al rischio nel medesimo negli ultimi 3 anni suddivise per opzioni/livello di premio.
  - (Risposta).Si veda la risposta sub. 1).
- 5) (domanda). In relazione all'oggetto ed al bando che alleghiamo solo per completezza di informazione, siamo ufficialmente a richiedere la situazione sinistri in analitico degli ultimi tre anni, ovverosia dal 2008 ad oggi. *OMISSIS* 
  - (Risposta).Si veda la risposta sub. 1).
- 6) (domanda). Ai fini della eventuale partecipazione alla gara per l'assegnazione della polizza sanitaria, chiede di avere le statistiche sinistri in vs. possesso, onde poter valutare il rischio.
  - (Risposta).Si veda la risposta sub. 1).

N

- 7) (domanda). Sezione III punto III. 2.2. "capacità economica e finanziaria" lettera b) del bando di gara: la raccolta premi nel settore "Ramo Malattie" ivi menzionato si riferisce alla classificazione di cui all' art. 2 comma 3 (rami danni) n. 2 Malattia del D.Lvo. 7 settembre 2005 n. 209?
  - (Risposta). Al quesito si dà risposta affermativa.
- 8) (domanda). Sezione III punto III. 2.2. "capacita economica e finanziaria" lettera b) del bando di gara: nel caso in cui partecipasse una impresa avente sede legale in uno stato membro dell'UE diverso dall'Italia legittimata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento (in relazione al ramo assicurativo oggetto del bando di gara in esame) per il tramite del rappresentante generale della sede secondaria operante in Italia ai sensi dell' art. 23 D. Lgs. n. 209/2005, i requisiti di "capacita economica e finanziaria" (raccolta premi negli ultimi tre esercizi finanziari approvati alla data di pubblicazione del bando di gara) si intendono soddisfatti ai fini della partecipazione al bando se risultano in capo alla casa madre (e cioè se la raccolta premi nel limite minimo indicato è avvenuto nello Stato membro dell'UE diverso dall'Italia ove l'impresa ha la sede legale) e non invece in capo alla sede secondaria in Italia?
  - (Risposta). Come specificato, i requisiti di cui al punto III.2.2. del bando di gara dovranno essere posseduti dal concorrente che parteciperà alla procedura di gara. Nel caso rappresentato, fatto salvo il rispetto di tutte le condizioni ed i presupposti normativamente previsti ai fini dell'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, i requisiti indicati nel predetto punto del bando di gara potranno essere soddisfatti tenendo conto della raccolta premi realizzata, dal concorrente, in Italia e nello Stato membro dell'UE diverso dall'Italia ove l'impresa ha la sede legale.
- 9) (domanda) Sezione VI punto VI.3) n.9 lett.b) del bando di gara: alla cassa di assistenza si intende equiparato un ente avente esclusivamente finalità assistenziale che nel rispetto della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse intervenire nel corso dell'esecuzione dell'atto risulti idonea, in riferimento alle attività ed alle prestazioni oggetto dell'atto medesimo, ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all' art. 51 del D.P.R. 917/196 e s.m.i?
  - (Risposta). Al quesito si dà risposta affermativa. Il soggetto che svolgerà la funzione di "Cassa di assistenza" dovrà possedere i requisiti indicati dall'art.51 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i..
- 10) (domanda).Quanto al subappalto, considerato che il premio assicurativo è unico e indivisibile e che attività subappaltabili potrebbero essere quelle di cui al punto 6.1 lett. g), h), i) riportate al punto 16 dell'Allegato 1 si chiede di voler chiarire come debba essere eseguito il calcolo percentuale delle suddette attività, individuandone valori e incidenze nei limiti del 30%. Ciò in quanto proprio l'unicità del premio e la disgiunzione delle suddette attività dal valore dell'appalto (premio assicurativo) rende i singoli valori indeterminabili.
  - (Risposta). Tutte le prestazioni previste dalla documentazione di gara sono subappaltabili. Il subappalto è consentito con le modalità e nei termini previsti dall'art. 118 del d.lgs n.163 del 2006. Secondo quanto previsto dal medesimo articolo, la quota subappaltabile non può essere superiore al trenta per cento dell'importo complessivo del contratto.

H

- 11) (domanda). Relativamente alla Cassa di assistenza, di cui i partecipanti devono dichiarare di averne la disponibilità, riscontrato che nell'ambito della lex di gara nulla viene specificato circa le modalità e i formalismi con i quali detta struttura deve essere introdotta nell'ambito della procedura di gara in disamina, si chiede di volerne chiarire disciplina e regolamentazione, in particolare:
  - quali controlli, in termini di requisiti soggettivi/oggettivi, verranno effettuati dalla SA sulla Cassa di Assistenza, terzo soggetto parte contrattuale? E quali in termini di "tracciabilità" (Legge 136/2010 e s.m.i.) visto e considerato che la Cassa di Assistenza effettuerà gli incassi (flussi finanziari) che interverranno tra contraente aggiudicatario e SA?
  - Quali sono i documenti di cui all'art. 6.1 lett. i) del disciplinare con i quali, a pena di revoca dell'aggiudicazione provvisoria, la SA attesterà la regolarità formale della struttura Cassa di Assistenza di cui il concorrente ha dichiarato la disponibilità?
    - (Risposte):
    - 1. la Cassa di Assistenza dovrà possedere gli stessi requisiti di ordine generale (capacità giuridico-morale) previsti per il Concorrente dalla documentazione di gara. Per quanto attiene agli obblighi previsti dalla legge n. 136/2010 e s.mi., si precisa che la Cassa di Assistenza, in quanto soggetto "destinatario" (tramite il quale transiteranno) i flussi finanziari tra aggiudicatario e Società del Gruppo Equitalia, dovrà ottemperare agli adempimenti previsti in capo all'Appaltatore dalla normativa testé citata;
    - 2. Verranno richiesti alla Cassa di Assistenza gli stessi documenti che dovrà produrre l'aggiudicatario al fine di attestare i requisiti di ordine generale (capacità giuridico-morale) previsti dalla documentazione di gara. Inoltre, la Cassa di Assistenza dovrà produrre idonea documentazione al fine di dimostrare il possesso dei requisiti previsti dall'art.51 del Testo Unico del 22.12.1986 n.917.
- 12) (domanda). in riferimento alla gara in oggetto chiediamo cortesemente di ricevere i seguenti dati al fine di poter predisporre una offerta coerente con le Vs. richieste:
  - analitico sinistri ultimi 5 anni;
  - suddivisione per fasce di età della popolazione assicurata.
  - (Risposta).Si veda la risposta sub. 1). L'età media dei dipendenti in servizio è di 44 anni.
- (domanda). Trasmissione della statistica sinistri riferita all'ultimo triennio, dalla quale sia possibile evincere l'incidenza di ogni singola prestazione sull'ammontare complessivo dei rimborsi effettuati. Tale documento dovrà contenere il dettaglio di ogni sinistro denunciato, evidenziando le eventuali differenze tra la richiesta e il rimborso effettivamente erogato a ogni singolo assistito.
  - (Risposta).Si veda la risposta sub. 1).
- (domanda). Abbiamo rilevato delle sostanziali differenze tra le condizioni in corso e quelle ora poste a gara, riferendoci in particolare ma non solo ai massimali, alle franchigie e alle prestazioni che solo parzialmente rientrano nel

H

regime di convenzionamento (c.d. prestazioni miste) previsto nel capitolato. Segnaliamo inoltre l'eliminazione della "Clausola Broker".

Alla luce di quanto esposto (omissis) riteniamo che, a garanzia della generale regolarità della gara - ma anche per non precostituire situazioni di ingiustificato vantaggio a favore della Compagnia attualmente detentrice del rischio -, sarebbe opportune che la SA elaborasse un documento dove vengano esposte in maniera dettagliata, tutte le differenze tra il contratto in corso e quello posto ora a base di gara; infatti solo la conoscenza di tali elementi, in combinato con il dato sinistri (omissis) ci consentirà di riparametrare la sinistrosità del contratto in corso sulla base della nuove condizioni oggi poste in gara. In assenza di tali informazioni saremmo impossibilitati a valutare in prospettiva l'andamento tecnico complessivo del contratto che, come certamente comprenderete, tende ad essere più favorevole alla Compagnia in presenza di un ridimensionamento delle prestazioni garantite rispetto alla polizza in corso; ovviamente tali elaborazioni Vi consentiranno, almeno in ipotesi, di ottenere da parte nostra e degli altri concorrenti - delle offerte con percentuali di ribasso più elevate sulla base d'asta e delle offerte prestazionali più competitive rispetto alle condizioni minime poste a base di gara.

- (Risposta). Le specifiche tecniche dei servizi assicurati, oggetto della presente procedura, sono le medesime di quelle fissate dalla stessa Stazione Appaltante nella precedente gara, all'esito della quale è stato individuato l'attuale Fornitore. Lo stesso Fornitore – in sede di offerta – ha migliorato le franchigie e i massimali posti a base della suddetta gara, che sono stati inseriti nell'attuale contratto. Si conferma che nello schema di atto, da sottoscrivere con l'aggiudicatario della procedura in oggetto, non è prevista la "Clausola Broker".
- 15) (domanda). "Cassa di Assistenza": fatto osservare che, sulla materia, sono recentemente intervenute modifiche normative sostanziali rispetto alla previgente (e richiamata) disciplina, si invita la SA a chiarire modalità, termini e condizioni idonee e necessarie al loro inserimento in sede di gara. In particolare, Vi chiediamo di indicare:
  - quali sono i "documenti" con i quali- come precisato all'art. 6.1 let. i) del disciplinare –la SA, in seguito all'aggiudicazione provvisoria, attesterà, a pena di revoca dell'aggiudicazione medesima, la regolarità formale della struttura "Cassa di Assistenza" di cui il concorrente ha dichiarato la disponibilità?
  - quali controlli in termini di requisiti soggettivi e oggettivi (art. 38 e ss D.lgs 163/2006 e s.m.i.) verranno effettuati dalla SA sulla "Cassa di Assistenza"? Vi preghiamo di indicarci ciò, in funzione del fatto che la suddetta "Cassa di Assistenza" è un soggetto differente e disgiunto rispetto alla scrivente e che, allo stesso modo, diviene parte "essenziale" del contratto che verrà poi stipulato e sottoscritto;
  - sempre in tale ambito, considerato che la "Cassa di Assistenza" effettuerà gli incassi dei premi/contributo (flussi finanziari) che interverranno tra contraente aggiudicatario e SA, quali controlli in termini "tracciabilità" (Legge 136/2010 e s.m.i.) verranno effettuati dalla SA sulla "Cassa di Assistenza"?
  - (Risposta). Si vedano le risposte sub. 9) e 11).
- 16) (domanda). "Subappalto": visto e considerato che il servizio posto a gara prevede un "premio" (che per definizione caso particolare è unico ed

M

indivisibile) e che una delle attività subappaltabili potrebbe essere - ma anche ciò meriterebbe opportuna conferma - una tra quelle riportate al punto 6.1, lett. g),h),i) e ricompresa tra quelle previste al punto 16 dell'Allegato 1 (facsimile dichiarazione). Fatto osservare che il costo per tali servizi non è facilmente rapportabile, in termini percentuali, al valore del contratto (i.e. premio)- si tratta, nei fatti, di servizi avulsi e disgiunti dal rischio assicurativo in senso stretto -vi chiediamo: in base a quali criteri il concorrente che intende subappaltare determinati servizi dovrà fare il calcolo per indicarne la percentuale e, soprattutto rientrare nel valore indicato del 30%?

- (Risposta). Si veda la risposta sub. 10).
- 17) (domanda). All'Articolo 2.2 "Informazioni sul rischio" a pagina 4 si legge "II numero complessivo dei dipendenti (...) è di circa n. 8284 unità (...) la composizione media del nucleo fiscalmente a carico e di n. 2 persone (...)". Dalle informazioni citate si desume che il numero dei famigliari fiscalmente a carico dovrebbe essere circa pari a 8300 unita. Si chiede conferma del numero di famigliari risultanti.
  - (Risposta). Alla data del 6 settembre 2011 il numero complessivo dei dipendenti è di 8.264. Tenuto conto che, così come indicato al medesimo Paragrafo 2.2 del Disciplinare di gara, la composizione media del nucleo familiare fiscalmente a carico è di n. 2 persone, i familiari fiscalmente a carico risultano essere 16.528 (8264x2). Dai dati disponibili risulta che, relativamente all'annualità assicurativa 2011, il numero complessivo delle teste entrate in copertura, fino alla data del 3 di agosto 2011, è pari a 21.876.
- 18) (domanda). All'Articolo 2.2 "Informazioni sul rischio" a pagina 4 si legge "II numero orientativo dei pensionati che potranno aderire su base facoltativa (...) è di 53 persone". Nel bando di gara pubblicato nel dicembre dell'anno 2008 era riportato lo stesso valore.
  - Si chiede conferma che il numero di pensionati aderenti non sia cambiato nel frattempo.
  - (Risposta). Si conferma che il numero orientativo dei pensionati che potranno aderire su base facoltativa è di n. 53 persone.
- (domanda). Al fine di definire una corretta valutazione del rischio sarebbe possibile ottenere l'attuale distribuzione dei dipendenti per società di appartenenza e provincia di residenza? Qualora ciò non sia possibile, potremmo conoscere il numero dei dipendenti attualmente in forza ad ognuna delle Società indicate?
  - (Risposta). Vedi tabella di seguito indicata, nella quale è riportato il numero dei dipendenti di ciascuna società del Gruppo Equitalia.

H

## ORGANICO AGGIORNATO AL 06 SETTEMBRE 2011

Società	Totale
EQUITALIA BASILICATA SpA	143
EQUITALIA CENTRO SPA	869
EQUITALIA EMILIA NORD SPA	218
EQUITALIA ETR SpA	996
EQUITALIA FRIULI VENEZIA GIULIA SPA	169
EQUITALIA GIUSTIZIA SPA	57
EQUITALIA MARCHE SPA	178
EQUITALIA NORD SpA	2.027
EQUITALIA PRAGMA SpA	205
EQUITALIA ROMAGNA SpA	133
EQUITALIA SARDEGNA SpA	331
EQUITALIA SERVIZI SpA	286
EQUITALIA SESTRI SpA	421
EQUITALIA SpA	283
EQUITALIA SUD SpA	1.836
EQUITALIA TRENTINO ALTO ADIGE – SUDTIROL SPA	112
	THE REPORT OF THE PARTY OF THE
Totale Suppo	8,264

- 20) In merito all'oggetto si richiedono i dati dell'andamento tecnico dei sinistri dell'ultimo triennio suddivisi per tipologia di prestazione.
  - (Risposta). Si veda la risposta sub. 1).
- 21) All'articolo 6.2 "Modalità di aggiudicazione della gara"a pagina 24 si legge "Punteggio tecnico (Pt): sarà premiato il concorrente che migliorerà i seguenti valori: Limite del 155% della Tariffa Ordine dei Medici (T.O.M.), quale percentuale di rimborso delle cure dentarie (...). Chiediamo all'Ente conferma della seguente interpretazione: se per una prestazione per il T.O.M. si prevede un importo di Euro 100, l'Assegnataria dovrà rimborsare fino a un massimo di Euro 155.

Inoltre, poiché si chiede che la Compagnia abbia una rete odontoiatrica, sareste interessati ad avere una valutazione con pagamento diretto che preveda l'applicazione di uno scoperto anziché l'impostazione con tariffario?

- (Risposta). L'interpretazione sulla percentuale minima di rimborso delle cure dentarie è corretta.
  - Per il resto, si richiama quanto previsto dalla documentazione di gara in merito al rimborso delle spese per le cure dentarie. Si precisa che il T.O.M., indipendentemente dalle convenzioni che il concorrente dovesse avere con gli specialisti odontoiatrici, rappresenta il valore economico di riferimento ai fini del rimborso spettante a ciascun assicurato, pertanto il concorrente dovrà indicare nell'offerta la percentuale di rimborso offerta per le cure dentarie, che non potrà, comunque, essere inferiore al 155% del T.O.M., conformemente all'Allegato 2 del Disciplinare di gara.

W

- All'articolo 6.2 "Modalità di aggiudicazione della gara" a pagina 26 e 27 "Punteggio economico (Pe)" non risulta chiaro il funzionamento delle opzioni "1" e "2" previste per il personale in quiescenza. La scelta dell'opzione che il pensionato potrà acquistare verrà effettuata dall'Ente appaltante (venendo poi proposta al personale in quiescenza la sola opzione scelta dall'Ente) oppure il pensionato avrà la scelta di decisione fra l'opzione 1 e l'opzione 2?
  - (Risposta). Il pensionato sceglierà a quale delle opzioni sopra indicate aderire.
- 23) All'articolo 3.2 "Decorrenza, inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione premio" a pagina 22, ultimo capoverso, si legge "Le esclusioni dalla copertura non daranno luogo a rimborsi di premio (...). La Società si obbliga (...) a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità assicurativa in corso; per tali soggetti, se colpiti da gravi patologie e/o grandi interventi chirurgici, la copertura resterà valida (...) per un ulteriore periodo di 12 mesi dalla fine dell'annualità assicurativa con un massimale dedicato per tale periodo pari a 100.000,00 Euro per assistito". In questa caso, l'Assegnataria sarà costretta a coprire tale rischio con una quota parte di contributo che, certamente, vantaggi fiscali previsti dall'art. dall'applicabilità dei Consequentemente, la Cassa sarà costretta a contabilizzare separatamente tale partita economica, con la perdita del relativo vantaggio fiscale.
  - (Risposta). Si conferma l'applicazione della "clausola di ultrattività" di cui all'art. 3.2 (richiamata nel quesito), il cui rischio e i cui costi (inclusi gli eventuali svantaggi fiscali) sono a carico della Società aggiudicatrice.
- Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A4) "Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico" a pagina 26 si legge "Nel caso di ricovero senza intervento, anche se effettuato in regime di ricovero diurno (Day Hospital), vengono riconosciute all'assistito (...) le seguenti spese (...) per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero (...)". Si chiede all'Ente di specificare a quali esami post intervento si fa riferimento considerando che il punto A4) fa riferimento alle garanzie previste in caso di Ricovero o Day Hospital senza intervento.
  - (Risposta). In merito al dubbio evidenziato si precisa la volontà di includere, anche all'interno di ricovero in Day-hospital (DH) senza intervento, il rimborso di tutte le spese sostenute, in analogia a quanto previsto dal ricovero, anche in DH, con intervento chirurgico (v. sez. A1 punto 3 dell'Atto Capitolato tecnico -). Peraltro, anche in considerazione che il ricovero in DH come può accadere si rende necessario per condurre approfondimenti diagnostici derivanti da pregresso ricovero con intervento (e in tal caso le due fattispecie risalgono al medesimo evento) la clausola chiarisce, forse in maniera anche ultronea ma ancor più non equivoca, che tutte le suddette spese rientrano in garanzia.



Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A1) "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio", a pagina 24, si legge "Nel caso di intervento chirurgico (...) vengono riconosciute all'assistito (...) le <ambulatorio scelto dall'assistito (...)".

Riteniamo che per spese di trasporto con mezzo idoneo si intenda far riferimento alle spese sostenute per il trasporto sanitario con qualsiasi mezzo idoneo. Chiediamo conferma di tale interpretazione.

- (Risposta). Si conferma la correttezza di tale interpretazione.
- Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A1) "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio", a pagina 24, si legge "Nel caso di intervento chirurgico (...) vengono riconosciute all'assistito (...) le seguenti spese (...) 3. Spese per le rette di degenza (...)".

Riteniamo, in base a quanto affermato sopra, che le spese voluttuarie (quali ad esempio quelle relative a telefono, televisione ecc. ) siano da considerarsi escluse.

- (Risposta). Si conferma la correttezza di tale interpretazione.
- Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A1) "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio", a pagina 25, si legge " Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari a € 100 al giorno (...). L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero."

Si richiede all'Ente di chiarire per quali forme è prevista la franchigia.

- (Risposta). La clausola così come risultante dal capitolato intende confermare che nessuna decurtazione della diaria può essere commisurata all'assistito anche se per avventura taluni trattamenti fossero esclusi dal SSN. Se gli interventi e/o le cure vengono praticate in una struttura pubblica la diaria verrà sempre corrisposta, anche se una parte dei trattamenti praticati non fossero integralmente rimborsati dalla struttura pubblica e pertanto richiesti in rimborso alla compagna assicuratrice (e in tal caso sottoposte alle franchigie/scoperti del caso).
- Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A2) "Gravidanza e Parto cesareo o naturale", a pagina 25, si legge " Le spese mediche relative alla gravidanza (...) vengono riconosciute sempre al 100% ( ... ) In caso di "parto cesareo programmato" la società rimborsa le spese del ricovero con il limite massimo di € 6.000,00 per evento (...) In caso di "parto fisiologico", la Società rimborsa le spese di cui sopra con il limite di € 3.000,00 per evento (...)." Si chiede conferma all'Ente che tali limiti siano da considerarsi validi anche in caso di parto cesareo programmato e di parto fisiologico effettuati in istituto convenzionato con la compagnia.
  - (Risposta). Si conferma che tali limiti si applicano anche per parti effettuati in strutture facenti parte della rete convenzionata.



- Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A2) "Gravidanza e Parto cesareo o naturale", a pagina 25, si legge " Le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) vengono riconosciute sempre al 100% (...). In caso di "parto cesareo programmato" la Società rimborsa le spese del ricovero con il limite massimo di € 6.000,00 per evento (...). In caso di "parto fisiologico", la Società rimborsa le spese di cui sopra con il limite di € 3.000,00 per evento (...)." Si chiede conferma all'Ente che le spese mediche relative alla gravidanza rientrino nei limiti sopra riportati.
  - (Risposta). La risposta è negativa. I massimali indicati (euro 3.000 ed euro 6.000) si riferiscono esclusivamente all'evento del parto in quanto tale; sono, pertanto, escluse da detti massimali le spese mediche relative al periodo di gestazione, le quali ultime, sono riconosciute al 100%. In ogni caso, si conferma, sia in riferimento al quesito 28 che 29 che l'esigenza di effettuare un parto cesareo, ancorché programmato, per evitare rischi di vita alla madre o al nascituro, comporta la qualificazione del suddetto parto cesareo quale intervento chirurgico tout court, e pertanto assoggettato ai massimali dei medesimi interventi di cui alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A1).
- Alla Sezione A "Area Ricovero", al punto A5) "Aumento di massimale per Gravi patologie", a pagina 27, si legge "Nel caso la patologia diagnosticata non sia trattabile tramite intervento chirurgico ma comporti il rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti, la copertura viene ampliata come segue (...)".

Considerando che il concetto di "grave" è soggettivo e non clinico/medico la Società propone il seguente elenco di "Gravi patologie":

- Infarto miocardico acuto;
- Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni: dispnea, edemi declivi, aritmia, angina instabile, edema o stasi polmonare, ipossiemia.
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: ulcere torbide, decubiti, neuropatie, vasculopatie periferiche, infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al memento controindicato;
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.
   Si chiede conferma all'Ente della validità di tale elenco.
- (Risposta). Si ritiene che elencazione fornita da codesta società non possa considerarsi esaustiva. L'aggettivo "grave" è ampiamente utilizzato in dottrina e nella buona prassi medica e pertanto tale nomenclatura fa necessariamente riferimento a patologie che, così come riportato nel testo della documentazione di gara - a cui è necessario attenersi integralmente, in

M

qualunque modo "comportino il pericolo di vita ovvero processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti".

Alla Sezione B "Prestazioni ambulatoriali e domiciliari", al punto B1) " Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione" a pagina 28 si legge "La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata (...) con i seguenti scoperti e franchigie: (...) scoperto 25% con massimo di Euro 200 se prestazione effettuata fuori rete (...) ".

Si chiede conferma all'Ente che lo scoperto 25% con massimo di Euro 200,00 sia da applicare per singola prestazione erogata.

(Risposta). La risposta è negativa. Tuttavia, per meglio rispondere al quesito occorre chiarire nel merito cosa si intende per unico evento che genera le richieste di rimborso. Con riferimento alle richieste di rimborso per trattamenti diversi ma che possono essere ricondotti ad un unico evento sinistroso si specifica che:

- l'evento è la causa che determina la richiesta di rimborso;
- nei casi di richieste di rimborso per prestazioni effettuate in tempi diversi, queste, se determinate da una medesima causa, sono considerate un unico evento. In tali ipotesi, qualora le varie garanzie prevedano l'applicazione di diversi scoperti e franchigie, questi ultimi saranno applicati per categorie di prestazioni e, precisamente:
- o visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali;
- o accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione.
- Alla Sezione B "Prestazioni ambulatoriali e domiciliari", al punto B2) "Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali" a pagina 28 si legge "La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata (...) con i seguenti scoperto e le franchigie: (...) scoperto 20% con minimo di Euro 30,00 se prestazione effettuata fuori rete (...)". Si chiede conferma all'Ente che lo scoperto 20% con minima di Euro 30,00 sia da applicare per singola prestazione erogata.
  - (Risposta). Vedi precedente risposta a quesito n. 31.
- 33) Alla Seziona B "Prestazioni ambulatoriali e domiciliari", al punto B3) "Cure dentarie da infortunio" a pagina 28 si legge "Sono rimborsate nel limite del massimale (...) le cure dentarie e ortodontiche e relative protesi rese necessaria a seguito di infortunio (...)".

Per verificare che la causa del sinistro sia l'infortunio si ritiene che debba essere prodotto il certificato di pronto soccorso.

- (Risposta). La risposta è negativa. Riteniamo che qualsiasi documentazione idonea sia sufficiente, purché redatta da medico chirurgo ovvero medico odontoiatra sotto la propria responsabilità.
- Alla Seziona C "Altre spese mediche", al punto C1) "Medicinali non mutuabili" a pagina 29 si legge "Sono rimborsate le spese per medicinali non mutuabili (...). Sono inclusì anche i preparati omeopatici non mutuabili". Si ritengono medicinali non mutuabili i farmaci appartenenti alla fascia c, quindi non pagati, neanche parzialmente, dal Servizio Sanitario Nazionale,



- che prevedono l'obbligo di ricetta medica e che non possono essere venduti in parafarmacia. Di conseguenza sono esclusi tutti i prodotti da banco.
- (Risposta). I farmaci sicuramente esclusi dalle richieste di rimborso sono i farmaci "da banco".
- All' art. 4.3 "Esclusioni dalla garanzia" a pagina 30 si legge "Sono escluse dal rimborso le spese relative a: (...) 5. Prestazioni aventi finalità estetiche, cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni non congenite preesistenti alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato (...)".

Non trovando le definizioni di difetti fisici o malformazioni suggeriamo le seguenti definizioni:

- Difetto fisico
- Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- Malformazione
- Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- (Risposta). Non si ritiene che la specificazione tra difetto fisico e malformazione possa comportare impatti sulle possibilità di richiedere rimborsi. Tali termini sono correntemente usati come sinonimi. Trova, pertanto, integrale applicazione solo quanto riportato al riguardo nella documentazione di gara.
- 36) All'Art. 5.2 "Assistenza indiretta a rimborso" a pagina 32 si legge "(...). Qualora entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione, la Società non abbia provveduto a respingere il sinistro (...) si provvederà ad effettuare il rimborso".
  - Si chiede all'Ente di specificare se il termine di 30 giorni decorreranno dal ricevimento della documentazione completa da parte della Cassa o da parte dell'aggiudicataria.
  - (Risposta). Il termine decorre dall'arrivo della documentazione presso l'ente che effettua materialmente le operazioni di liquidazione (Cassa o Aggiudicataria).
- 37) Con riferimento alla procedura di cui in oggetto, siamo a richiedere (omissis) i seguenti dati al fine di poter definire un'offerta secondo il bando e il disciplinare di gara richiamato. I dati di cui necessitiamo constano nell'andamento tecnico degli ultimi 5 anni così presentato:
  - dato macro per anno (con evidenza del nº di assicurati in copertura per ciascuna annualità);
  - dettaglio micro per anno, ovvero splittato per aree di prestazione (ricovero, extra-ricovero) con focus sulle garanzie parto, specialistiche, alta diagnostica, dentarie e aree geografiche, (omissis).
  - (Risposta). Si veda la risposta sub. 1).

Il Responsabile del Procedimento Massimo Pinzarrone

W

#### EQUITALIA DIPENDENTI CON NUCLEO A CARICO + ESTENSIONE AI NON A CARICO 01.01.2009 - 31.01.2010

 		~ **-
	Dati tecnici	

Dati tecnici					
Numero nuclei ass.ti:	8.353				
Familiari fiscalmente non a carico	2.000				
  Numero teste/anno stimate:	17.035				
Mesi di osservazione:	13				
Premio annoinuoleo	1.128				
Premio Imponibile annuo:	10.447.127				

Cod.	Descrizione	Num.	Importo	Importo	Sìn	Liquid.	Imp	C.Medio	C.Medio	Freq.
Gar	prestazioni	danni	richiesto	pagato	pend.	parz.	ris.	richiesto	pagato	danni
	D) CSTALLOTT		400000000000000000000000000000000000000	0	24	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0.00%
		0	0		21 5	8.628	14.327	9,826	9.543	0.28%
	RICOVERO CHIRURGICO IN RETE	47	461.831	448.543 279.784	0	0.020	0	5.483	4.996	0.33%
	RICOVERO CHIRURGICO F. RETE	56	307.055	38.115	0	0	0	12.705	12.705	0.02%
	RICOVERO CHIRURGICO FUORI RETE	3	38.115	\$	1	0		565	565	0,15%
	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE IN RETE	26	14.692	74.413		<u> </u>	0	204	182	2.40%
	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE F. RETE	408	83.334			1.255	0	305	291	2.25%
	PRE/POST RICOVERO CHIRURGICO	383	116.882	111.426 19.500	3	0		3.890	3.900	0.03%
	RICOVERO MEDICO IN RETE	5	19.451		0	0	0	4.446	3.983	0.04%
	RICOVERO MEDICO FUORI RETE	6	26.677	23.896	1-1-	55	0	143	132	0,23%
	PRE/POST RICOVERO MEDICO	39	5.573	5,165		0	0	328	218	0,16%
	ACCOMPAGNATORE	28	9.181	6.107	0	0	0	209	196	0,01%
	TRASPORTO AMBULANZA	2	418	393		0	2.500	2.387	2.375	0.09%
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO IN RETE	16	38.200	38.000	2	0	2.500	1.568	1.515	0.03%
	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO FUORI RETE	19	30.168	28.788	3		0	623	598	0.05%
	IDAY HOSPITAL MEDICO IN RETE	8	4.983	4.783	1 0	0	1 0	0 0	()	0.037
	RIC PER GRAVI PATOLOGIE IN RETE	1	50.143	50.143		0	<del>-</del>	17.939	17.939	0.02%
	RICOVERO GRANDI INTERVENTI IN RETE	<u> </u>	71.758	71.758	0	0	1 0	5.346	5.346	0.02%
	RICOVERO GRANDI INTERVENTI FUORI RETE	77	37.422	37.422	1	4.121	0	302	302	0.14%
	PRE/POST GRANDE INTERVENTO	24	7.236	7.236	2	673			5.068	0.01%
	PARTO CESAREO IN RETE	2	10.273	10.136	0	0	0	5.137 2.513	2.469	0.11%
	PARTO CESAREO FUORI RETE	18	45.226	44,448	0	0			3.000	0.01%
	PARTO NON CESAREO/NAT/EUT IN RETE	1	3,559	3.000	0	0	0	3.559	992	0.15%
	PARTO NON CESAREO/NAT/EUT F.RETE	26	31.632	25.801	0	27	0	1.217	214	1,73%
	GRAVIDANZA FUORI RETE	295	63.123	63.123	1 1				579	1.58%
90210000	DIARIA RICOVERO CHIRURGICO	270	158.400	156.450	0	300	0	587 273	247	0.28%
	SPESE ACCES. DIARIA CON INTERVENTO	47	12.844	11.622	0	0	0	845		1,36%
	DIARIA RICOVERO MEDICO	232	196,100	195.500	0	0	0	153	843 138	0.05%
90224000	SPESE ACCESSORIE DIARIA SENZA INT.	8	1.223	1.105	0	0	0	2.541	2.531	0,36%
	DIARIA GRANDI INTERVENTI	61	155.000	154.400	11	1.200	0	323	323	0.06%
90294000	SPESE ACCESSORIE DIARIA G.INT.	10	3.229	3.229	0	10				
	Totale A	2.052	2.003.728	1.928.973	42	16.259	16,827	976	940	12,05%
10000001	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE	237	177,329	187,263	76	50	25.854	748	790	1,39%
	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE F. RETE	2.833	2.273.637	1.959.698	12	3.569	0	803	592	16.63%
12000002	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO FUORI RETE	2	635	600	0	0	1 0	318	300	0.01%
	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI IN RETE	1.351	176,668	176,668	4	429	1 0	131	131	7,93%
	VISITE SPECIANALISI/ESAMI F. RETE	6.405	735.346	598.839	31	4,014	1 0	115	93	37,60%
	PREVENZIONE DENTARIA IN RETE	315	15.778	15.749	0	0	0	50	50	1,85%
	TICKET SPECIALISTICHE F. RETE	1.338	36.086	36.086	9	217	Ö	27	27	7.85%
	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE	2.522	357.084	301.311	51	601	0	142	119	14,80%
	TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE	2.568	118.847	118.847	10	877	0	46	46	15,07%
		505	52.607	37.996	6	248	0	104	75	2.96%
41000002	MEDICINALI F. RETE ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	673	113.363	113.363	2	490	0	168	168	3.95%
42000001		2.269	264.088	231,740	25	776	0	116	102	13,32%
	IALTA DIAGNOSTICA (tabellare) F. RETE	1.356	51.178	51.178	9	323	0	38	38	7,96%
	TICKET ALTA DIAGNOSTICA F. RETE	78	57,226	33.594	<del> </del>	1 0	T 0	734	431	0.46%
	PROTESI FUORI RETE	1.936	549.760	420.057	9	1,327	1 0	284	217	11.36%
70000002	LENTI FUORI RETE	and the same of th		4.282.990	244	12.922	25.854	204	176	143.169
	Totale B	24.388	4.979.633	4.202.990	204	16.544	1 20,004		i	
		20.440	0.002.204	6.211.963	286	29.181	42.681	264	235	155,21%
	Totale A+ B	26.440	10.983.361	0.211.503	1 200	1 25.101	: 45.001			Trans.

 Premi di competenza	10.447.127
Danni di Competenza	6.211.963
Liquidato parziale	29.181
Riservain	42.681

## EQUITALIA PENSIONATO 01.01.2009 - 31.01.2010



Dati tecnici					
Numero nuclei ass.ti :	12				
Numero singoli e fnec asss.ti	43				
Persone per nucleo	2,00				
Numero teste/anno stimate:	67				
Mesi di osservazione:	13				
Premio anno/nucleo :	1.128				
Premio Imponibile annuo:	37.224				

Cod.	Descrizione	Num.	Importo	Importo	Sin	Liquid.	lmp	C.Medio	C.Medio	Freq.
Ger	prestazioni	danni	richiesto	pagato	pend.	parz.	ris.	richiesto	pagato	danni
<u></u>	<u> </u>	,	l							
21010001	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE IN RETE	1	384	384	1	384	1.500	384	384	1,49%
	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE F. RETE	9	480	480	0	0	0	53	53	13,43%
	PRE/POST RICOVERO CHIRURGICO	2	113	113	0	0	0	56	56	2,99%
22000002	RICOVERO MEDICO FUORI RETE	1	8.049	6.842	0	0	0	8.049	6.842	1,49%
22400000	PRE/POST RICOVERO MEDICO	1	75	75	0	0	0	75	75	1,49%
29400000	PRE/POST GRANDE INTERVENTO	0	0	0	1	107	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0.00%
90210000	DIARIA RICOVERO CHIRURGICO	6	2.000	2.000	0_	0	0	333	333	8,96%
90214000	SPESE ACCES, DIARIA CON INTERVENTO	3	750	665	0	0	00	250	222	4.48%
90220000	DIARIA RICOVERO MEDICO	4	7.200	7.200	0	0	0	1.800	1.800	5.97%
90224000	SPESE ACCESSORIE DIARIA SENZA INT.	1	309	267	0	0	0	309	267	1,49%
90290000	DIARIA GRANDI INTERVENTI	0	0	0	1	3.200	0	#DIV/0!	#DIV/0!	0,00%
	Totale A	28	19.361	18.026	3	3.691	1.500	691	644	41,79%
10000001	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE	1	250	246	2	Ö	1.281	250	246	1,49%
10000002	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE F. RETE	38	41.993	34.732	0	0	0	1,105	914	56,72%
12000002	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO FUORI RET	1	570	420	0	0	0	570	420	1.49%
40000001	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI IN RETE	17	1.729	1.729	0	0	0	102	102	25,37%
40000002	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI F. RETE	91	10.421	8.599	1	93	0	115	94	135,82%
40023001	PREVENZIONE DENTARIA IN RETE	2	100	100	0	0	0	50	50	2.99%
40030002	TICKET SPECIALISTICHE F. RETE	34	927	927	C	0	0	27	27	50,75%
40080002	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F.RETE	36	10.175	8.639	2	41	0	283	240	53.73%
40080302	TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RET	50	2.209	2.209	1 0	0	0	44	44	74,63%
41000002	MEDICINALI F. RETE	4	421	325	0	0	0	105	81	5,97%
42000001	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	12	1.682	1.682	0	0	0	140	140	17,91%
	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) F. RETE	42	4.336	3.729	0	0	0	103	89	62,69%
42030002	TICKET ALTA DIAGNOSTICA F. RETE	33	1.175	1.175	0	0	0	36	36	49.25%
48000002	PROTESI FUORI RETE	3	544	494	0	0	0	181	165	4,48%
700000002	LENTIFUORIRETE	23	8.182	6.487	0	0	0	356	282	34,33%
	Totale B	387	84.714	71.492	5	134	1.281	219	185	577,61%

Totale A + B	415	104.074	89.518	8	3.825	2.781	251	216	619,40%

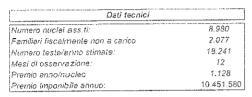
Premi di competenza	37.224
Danni di Competenza	89.518
Liquidato parziale	3.826
Riservato	2.781



# EQUITALIA dipendenti + pensionati 01.01.2009 - 31.01.2010

	PREMI	SIN. LIQUIDATI	LIQ. PARZIALE	RISERVATO
DIPENDENTI	10.447.127	6.211.963	29.181	42.681
PENSIONATI	37.224	89.518	3,826	2.781
byann.	10 484 351	6.301.481	33.007	45,462

# EQUITALIA DIPENDENTI CON NUCLEO A CARICO + ESTENSIONE AI NON A CARICO 01.02.2010 - 31.01.2011



Cod.	Descrizione	Num.	Importo	Importo	Sin	Liquid.	Imp	C.Medio	C.Medio	Freq.
Gar	prestazioni	danni	richiesto	pagato	pend.	parz.	ris.	richiesto	pagaio	danni
017	- Francisco		0	0	7	Ö	150	#DIV/0!	#D1V/01	0.00%
		105	805,690	784,348	9	0	99.500	7.673	7.470	0.58%
21000001	RICOVERO CHIRURGICO IN RETE		152.849	133.225	3	0	99,300	4.496	3.918	0.19%
21000002	RICOVERO CHIRURGICO F. RETE	34 4	25.950	25.950	0	0	. 0	6.487	6.487	0.02%
21000002	RICOVERO CHIRURGICO FUORI RETE	63	50,164	49.764	8	40	15.450	796	790	0.35%
21010001	INT, CHIRURGICO AMBULATORIALE IN RETE	583	147,743	131,132	6	9	0	253	225	3.20%
21010002	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE F. RETE	416	102.028	93,779	0	0	0	245	225	2.28%
21400000	PRE/POST RICOVERO CHIRURGICO	6	46.612	46.612	0	0	0	7.769	7.769	0,03%
22000001	RICOVERO MEDICO IN RETE	4	5.655	4.807	3	0	0	1,414	1.202	0.02%
22000002	RICOVERO MEDICO FUORI RETE		9.857	8.623	1 1	4	0	179	157	0.30%
22400000	PRE/POST RICOVERO MEDICO	55 41	5.616	5.111	0	0	1 0	137	125	0,22%
23000000	ACCOMPAGNATORE			2.759	0	0	0	307	690	0.02%
25000000	TRASPORTO AMBULANZA	4	3.228	148.627	6	0	34.300	2,812	2 804	0,29%
27210001	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO IN RETE	53	149.027		0	0	0 0	1,136	1.061	0.18%
27210002	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO FUORI RET	32	35.367	33.955		0	0	1.944	1.919	0.09%
27220001	DAY HOSPITAL MEDICO IN RETE	17	33.044	32.615	1 1	0	0	6.197	6.197	0.01%
29000001	RICOVERO GRANDI INTERVENTI IN RETE	2	12.395	12.395	0	0	0	6.522	6.522	0.02%
290000002	RICOVERO GRANDI INTERVENTI FUORI RETE	4	26.086	26.085	1 1	0	. 0	287	287	0.02%
29400000	PRE/POST GRANDE INTERVENTO	15	4.301	4.301	0	0	0	6.908	5,686	0.03%
30000001	PARTO CESAREO IN RETE	5	34.539	28.431			0	2.044	2,044	0.05%
30000002	PARTO CESAREO FUORI RETE	9	18.393	18.393	0	0		4.077	3.000	0,01%
31000001	PARTO NON CESAREO/NAT/EUT IN RETE	1	4.077	3.000	0	<u> </u>	0		1.186	0.16%
31000002	PARTO NON CESAREO/NAT/EUT F.RETE	30	38.839	35.569	0	0	0	1.295	Ú*************	
34000001	GRAVIDANZA IN RETE	66	1.442	1.442	1 0	0	. 0	240	240 177	0.03% 3.33%
34000002	GRAVIDANZA FUORI RETE	607	107.421	107.421	5	685	0	177	457	
90210000	DIARIA RICOVERO CHIRURGICO	289	132.300	132,050	0.	0	0	458 365	316	0,10%
90214000	SPESE ACCES, DIARIA CON INTERVENTO	19	6.928	6.007	0	<u></u>	0			1,19%
90220000	DIARIA RICOVERO MEDICO	217	149.900	149.900	1	400	0	691	691 147	0.05%
90224000	SPESE ACCESSORIE DIARIA SENZA INT.	9	1.559	1.325	G	<u> </u>	. <u>D</u>	1.806	1.806	0.00%
90290000	DIARIA GRANDI INTERVENTI	36	65.000	65.000	0	<u> </u>	0		454	0.01%
90294000	SPESE ACCESSORIE DIARIA G.INT.	11	454	454	1 0	0	. 0	454		
	Totale A	2,667	2.177.463	2.093.081	44	1.129	149.250	816	785	14,62%
10000001	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE	669	787.817	594.891	298	1.921	139.753	1,178	889	3,67%
100000002	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE F. RETE	3.415	3.539.084	2.428.590	4	416	0	1.036	711	18,72%
12000002	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO FUORI RETE	2	1.065	976	0	0	0	533	483	0.01%
40006001	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI IN RETE	3.355	425.183	425.183	30	2.930	. 0	127	127	18,39%
40000002	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI F. RETE	7.327	857.833	645.727	66	5.277	0	117	88	40,17%
40023001	PREVENZIONE DENTARIA IN RETE	977	51.170	51.102	2	118	0	52	52	5.36%
40030002	TICKET SPECIALISTICHE F. RETE	1.838	49.610	49.609	14	334	0	27	27	10.08%
40080002	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F.RETE	2.283	467.626	369.236	149	4.795	0	205	162	12,52%
40080302	TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE	3.330	152.772	152.772	12	442	0	46	46	18,26%
410000002	MEDICINALI F. RETE	437	66.417	38.580	0	0	. 0	152	88	2,40%
42000001	[ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	1.609	235.469	235.469	19	2.528	. 0	146	146	8.82%
420000001	ALTA DIAGNOSTICA (labellare) F. RETE	2.627	326.463	274.516	27	528	0	124	104	14,40%
42030002	TICKET ALTA DIAGNOSTICA F. RETE	1.682	61.325	51.325	6	217	. 0	36	36	9.22%
48000002	PROTESI FUORI RETE	107	43.456	30.635	0	0	ŋ	406	286	0.59%
48030002	TICKET PROTESI FUORI RETE	2	30	30	0	0	: 0	15	15	0.01%
70000002	LENTI FUORI RETE	2.535	759.999	562.319	40	4.469	. 0	300	222	13,90%
70030002	TICKET LENTI E OCCHIALI FUORI RETE	3	230	230	G	0	0	77	77	0.02%
	Totale B	32.198	7.825,549	5.921.191	667	23.975	139.753	243	184	176.51%
	Totale A+ B	34.865	10.003.012	8.014.272	711	25.104	289.003	287	230	191.14%

 Premi di competenza
 10.451,580

 Danni di Competenza
 8.014,272

 Liquidato parziale
 25.104

 Riservato
 289,003



### EQUITALIA PENSIONATO 01.02.2010 - 31.01.2011



Dati tecnici					
Numero nuclei ass.ti :	9				
Numero singoli e fnac asss.ti	73				
Persone per nucleo	2,00				
Numero teste/anno stimate:	91				
Mesi di osservazione:	12				
Premio anno/nucleo :	1.128				
Premio Imponibile annuo:	58.018				

Cod.	Descrizione	Num.	Importo	Importo	Sin	Liquid.	Imp	C.Medio	C.Medio	Freq.
Gar	prestazioni	danni	richlesto	pagato	pend.	parz.	ris.	richiesto	pagato	danni
			1 -0.050	1 50 000			1 0	0.550		7.000(
	RICOVERO CHIRURGICO IN RETE	7	59.852	59.023	0	0	0	8.550	8.432	7,69%
	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE IN RETE	11	258	258	0	0	<u> </u>	258	258	1,10%
	INT, CHIRURGICO AMBULATORIALE F. RETE	19	7.791	6.887	0	0	0	410	362	20,89%
	PRE/POST RICOVERO CHIRURGICO	10	3.332	3.180	0	0	0	333	318	10,99%
THE AL APPRISON AND THE PARTY.	RICOVERO MEDICO IN RETE	2	8.949	8.949	0	0	0	4.475	4.475	2.20%
	PRE/POST RICOVERO MEDICO	1	129	129	0	0	0	129	129	1 10%
	ACCOMPAGNATORE	3	294	198	0	0	00	98	66	3,30%
25000000	TRASPORTO AMBULANZA	11	50	43	0	0	0	50	43	1,10%
27220001	DAY HOSPITAL MEDICO IN RETE	. 1	1,454	1.454	0	0	0	1.454	1,454	1,10%
29400000	PRE/POST GRANDE INTERVENTO	1	138	138	0	0	0	138	138	1,10%
90210000	DIARIA RICOVERO CHIRURGICO	10	7.000	7.000	٥	0	0	700	700	10.99%
90220000	DIARIA RICOVERO MEDICO	4	4.300	4.300	0	0	0	1.075	1.075	4.40%
90290000	DIARIA GRANDI INTERVENTI	2	31.400	31.400	0	0	0	15.700	15,700	2,20%
	Totale A	62	124.947	122.959	0	0	0	2.015	1.983	68,13%
10000001	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE	13	20.131	14.958	3	0	3.150	1.549	1.151	14.29%
10000002	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE F. RETE	53	89.313	48.879	0	0	0	1.685	922	58.24%
12000002	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO FUORI RETE	1	2.000	1.600	0	0	0	2.000	1.600	1,10%
40000001	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI IN RETE	49	7,500	7.500	0	0	O	153	153	53.85%
40000002	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI F. RETE	152	19.466	14.908	3	281	ō	128	98	167.03%
40023001	PREVENZIONE DENTARIA IN RETE	19	1.126	1.126	0	0	0	59	59	20.88%
10030002	TICKET SPECIALISTICHE F. RETE	38	847	847	0	0	0	22	22	41,76%
40080002	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F.RETE	45	19.835	16.144	3	0	0	441	359	49.45%
40080302	TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE	74	2.819	2.819	0	0	0	38	38	81,32%
1000002	MEDICINALI F. RETE	15	2.038	1.327	0	0	0	136	88	16,48%
12000001	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	28	4.470	4.470	0	0	0	160	160	30,77%
42000002	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) F. RETE	45	6.427	5.153	0	0	0	143	115	49.45%
	TICKET ALTA DIAGNOSTICA F. RETE	40	1.560	1.560	0	0	0	39	39	43,96%
	PROTESI FUORI RETE	6	805	505	0	0	0	134	84	6,59%
70000002	LENTI FUORI RETE	39	15.942	11.733	1	424	0	409	301	42,86%
	Totale B	617	194.280	133.530	10	705	3,150	315	216	678,02%
	Totale A + B	679	319.227	256.489	10	705	3.150	470	378	746,15%

ı: di competenza	58.018
i di Competenza	256.489
uidato parziale	705
Riservato	3 150
	i di Competenza uidato parziale



## EQUITALIA dipendenti + pensionati 01.02,2010 - 31.01.2011

	PREMI	SIN. LIQUIDATI	LIQ. PARZIALE	RISERVATO	TOTALE SINISTRI	
DIPENDENTI	10.451.580	8.014.272	25.104	289.003	8.328.379	Ĺ
PENSIONATI	58.018	256.489	705	3.150	260.343	L
· ·	10.509.598	8.270.760	25.808	292.153	8,588,722	



# EQUITALIA DIPENDENTI CON NUCLEO A CARICO + ESTENSIONE AI NON A CARICO 01.02.2011 - 31.08.2011 al 31/08/2011

Numero nuclei ass.ti: 8.789
Familiari fiscalmente non a carico 2.061
Premio anno/nucleo 1.128
Premio Imponibile annuo: 10.780.258

Cod.	Descrizione	Num.	Importo	Importo	Sin	Liquid.	l Imp	C.Medio	C.Medio
Gar	prestazioni	danni	richiesto	pagato	pend.	parz.	ris.	richiesto	pagato
	prestazioni		-L				1		
		0	0	0	37	0	550	#DIV/0!	#D(V/0!
21000001	RICOVERO CHIRURGICO IN RETE	27	144.991	140.632	53	0	391.500	5.370	5.209
21000002	RICOVERO CHIRURGICO F. RETE	22	118.858	104.191	13	00	0	5,403	4.736
COLO WARRANT TO THE PARTY OF TH	RICOVERO CHIRURGICO FUORI RETE	1	330	330	0	0	0	330	330
21010001	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE IN RETE	20	11.115	10.773	38	124	81.866	556	539
21010002	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE F. RETE	281	81.115	71.293	20	0	0	289	254
21400000	PRE/POST RICOVERO CHIRURGICO	139	36.136	31.996	0	0	0	260	230
22000001	RICOVERO MEDICO IN RETE	0	C	0	4	0	26.000	#DIV/0!	#DIV/0!
22000002	RICOVERO MEDICO FUORI RETE	0	0	0	13	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
22400000	PRE/POST RICOVERO MEDICO	15	1.682	1.497	0	0	0	112	100
	ACCOMPAGNATORE	10	904	827	0	0	0	90	83
27210001	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO IN RETE	10	43.617	43.310	17	0	86.900	4.362	4 331
27210002	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO FUORI RE	6	6.559	6.036	8	0	0	1.093	1.006
27220001	DAY HOSPITAL MEDICO IN RETE	3	2.271	2.245	4	0	3.000	757	748
29000002	RICOVERO GRANDI INTERVENTI FUORI RETE	2	11.088	11.088	2	0	0	5.544	5.544
29400000	PRE/POST GRANDE INTERVENTO	4	1.107	1.107	0	0	0	277	277
30000001	PARTO CESAREO IN RETE	0	0	0	4	0	15.000	#DIV/0!	#DIV/0!
30000002	PARTO CESAREO FUORI RETE	6	23.212	21.877	3	0	0	3.869	3.646
31000001	PARTO NON CESAREO/NAT/EUT IN RETE	0	C	0	1	0	3.000	#DIV/0!	#DIV/0!
31000002	PARTO NON CESAREO/NAT/EUT F.RETE	5	3.139	3.139	2	0	0	628	628
34000002	GRAVIDANZA FUORI RETE	204	35.049	35.049	0	0	0	172	172
90210000	DIARIA RICOVERO CHIRURGICO	59	34.700	34.700	0	0	0	588	588
90214000	SPESE ACCES, DIARIA CON INTERVENTO	4	359	312	0	0	0	90	78
90220000	DIARIA RICOVERO MEDICO	53	33.900	33.900	0	0	0	640	640
90224000	SPESE ACCESSORIE DIARIA SENZA INT.	3	111	101	0	0	0	37	34
90290000	DIARIA GRANDI INTERVENTI	9	18.800	18.800	0	0	0	2.089	2.089
90294000	SPESE ACCESSORIE DIARIA G.INT.	1	231	231	0	0	0	231	231
	Totale A	884	609.277	573.435	219	124	607.816	689	649
10000001	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE	273	333.709	252,181	2.640	30	846.688	1.222	924
10000007	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE F. RETE	1.198	1.285.952	881.271	87	C)	G	1.073	736
	CURE DENTARIE DA INFORTUNIO FUORI RET	1.100	570	420	0	<u></u>	0	570	420
	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI IN RETE	1.150	140.050	140.050	5	527	Ö	122	122
400000001	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI F. RETE	3,430	411.630	312.214	7	706	0	120	91
	PREVENZIONE DENTARIA IN RETE	362	18.238	18,238	0	0	Ö	50	50
	TICKET SPECIALISTICHE F. RETE	752	20.163	20.153	1	25	0	27	27
	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F.RETE	1.151	238.866	188.544	644	0	0	208	164
	TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RET	1.538	75.126	75.126	2	80	0	49	49
	MEDICINALI F. RETE	154	19,448	12.941	0	0	0	126	84
	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	557	75,666	75.578	4	526	0	136	136
	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	1.176	141.141	117.278	88	0	Ŏ	120	100
42030002	TICKET ALTA DIAGNOSTICA F. RETE	736	27.546	27.546	1 1	46	0	37	37
	PROTESI FUORI RETE	46	22.082	14.553		0	0	480	316
	LENTI FUORI RETE	1.250	386.924	288.376	89	270	0	310	231
70000002	Totale B	13.774	3.197.112	2.424.469	3.568	2,210	846.688	232	176
	i otale D							<u> </u>	
	Totale A+ B	14.658	3.806.389	2,997.903	3.787	2.334	1.454.504	260	205



## EQUITALIA PENSIONATO 01.02.2011 - 31.08.2011 al 31/08/2011

	ALL CONTRACTOR OF THE PARTY OF
and the same of th	
Numero nuclei ass ti :	9
	73
Numero singoli e fnac asss.ti	73 2,00
Numero singoli e fnac asss.ti Persone per nucleo Premio anno/nucleo :	, 5

Cod.	Descrizione	Num.	Importo	Importo	Sin	Liquid.	Imp	C.Medio	C.Medio
Gar	prestazioni	danni	richiesto	pagato	pend.	parz.	ris.	richiesto	pagato
							·		1
21010001	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE IN RETE	1	1.176	1.176	1	0	1.000	1.176	1.176
21010002	INT. CHIRURGICO AMBULATORIALE F. RETE	13	5.154	4.416	1	0	0	396	340
21400000	PRE/POST RICOVERO CHIRURGICO	8	1.654	1.550	0	0	0	207	194
22000001	RICOVERO MEDICO IN RETE	0	0	0	1	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
27210001	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO IN RETE	2	4.018	4.018	1	0	0	2.009	2.009
27210002	DAY HOSPITAL CON INTERVENTO FUORI RETE	2	4.751	4.351	0	0	0	2.375	2.175
27220001	DAY HOSPITAL MEDICO IN RETE	0	0	0	11	0	12.000	#DIV/0!	#DIV/0!
90210000	DIARIA RICOVERO CHIRURGICO	1	200	200	0	0	0	200	200
90220000	DIARIA RICOVERO MEDICO	1	1,400	1.400	0	0	0	1.400	1.400
	Totale A	28	18.352	17.111	5	0	13.000	655	611
10000001	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE	6	10.052	6.875	50	Ō	19.421	1.675	1.146
10000002	CURE/SPESE/PROTESI DENTARIE F. RETE	16	34.509	20.594	1	0	0	2.157	1.287
21000001	RICOVERO CHIRURGICO IN RETE	2	6.744	6.744	1	0	15.000	3.372	3.372
40000001	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI IN RETE	17	1.495	1.495	0	0	0	88	88
40000002	VISITE SPEC/ANALISI/ESAMI F. RETE	94	10.912	8.258	0	0	0	116	88
40023001	PREVENZIONE DENTARIA IN RETE	11	530	530	0	0	0	48	48
40030002	TICKET SPECIALISTICHE F. RETE	23	579	579	0	0	0	25	25
40080002	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F.RETE	31	9.711	7.775	17	0	0	313	251
40080302	TICKET ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE	55	2.065	2.065	0	0	0	38	38
41000002	MEDICINALI F. RETE	8	1.191	854	0	0	0	149	107
42000001	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE	11	2.048	2.048	0	0	0	186	186
42000002	ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) F. RETE	39	5.118	4.115	11	0	0	131	106
42030002	TICKET ALTA DIAGNOSTICA F. RETE	17	623	623	0	0	0	37	37
48000002	PROTESI FUORI RETE	1	107	57	0	00	0	107	57
70000002	LENTI FUORI RETE	19	6.643	4.905	0	0	0	350	258
	Totale B	350	92.328	67.517	70	0	34.421	264	193

