

ALLEGATO 2_SCHEMA DI RELAZIONE TECNICA

Il concorrente deve presentare una Relazione tecnica articolata nei seguenti paragrafi:

1. Presentazione del Proponente

Riportare una sintetica descrizione del proponente evidenziando dimensioni della Compagnia, indice di solvibilità, esperienze nel ramo malattia, referenze.

2. Organizzazione dei servizi, risorse impiegate e modalità di erogazione

Riportare, con riferimento a tutti i servizi richiesti da Capitolato le soluzioni tecnico-organizzative proposte, le risorse impiegate con particolare riferimento al Presidio Tecnico, le modalità di erogazione dei servizi dall'apertura dei sinistri fino alla relativa liquidazione, gli strumenti messi a disposizione (piattaforma informatica, app., ecc.), i servizi ulteriori offerti (campagne informative, eventuali servizi opzionali, ecc.).

3. Soluzioni/proposte migliorative offerte sia in termini di condizioni assicurative che di servizi erogati.

Riportare una sintetica descrizione delle soluzioni proposte, migliorative rispetto a quanto richiesto da Capitolato, comprese quelle relative alle prestazioni opzionali, evidenziando sia il contenuto delle prestazioni offerte che i livelli migliorativi.

Riportare inoltre una tabella riepilogativa, secondo il modello di seguito riportato, con l'indicazione del valore offerto per ciascun parametro.

Tabella 1 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. A) Rimborso delle spese ospedaliere

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente
Spese ospedaliere con o senza intervento chirurgico (per anno per nucleo familiare)	€ 350.000,00	
Retta di degenza	€ 500,00 al giorno	
Indennità giornaliera sostitutiva al rimborso delle spese ospedaliere, nel caso di ricovero (per anno)	€ 100 al giorno	
Indennità giornaliera sostitutiva al rimborso delle spese ospedaliere, nel caso di day hospital (per anno)	€ 50 al giorno	
Numero di giorni massimo di indennità giornaliera sostitutiva (per anno)	150 gg	
Numero di giorni che precedono e seguono il ricovero	150 gg	
Spese di trasporto nel caso di ricovero in Italia (per anno)	€ 3.500,00	
Spese di ricovero per parto non cesareo (per anno)	€ 3.600,00	

Spese di ricovero per parto cesareo (per anno)	€ 8.000,00	
Spese per pernottamento accompagnatore	€ 120,00 al giorno	
Numero di giorni per accompagnatore (per anno)	50 gg	
Spese rimpatrio salma (per anno)	€ 5.500,00	
Malattia oncologica per evento	€ 10.000,00	

Tabella 2 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. B) *Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall’offerente
Spese alta diagnostica (per anno per nucleo familiare)	€ 4.000,00	
Percentuale di scoperto nel caso di centro non convenzionato (o di prestazioni in centro convenzionato, non preventivamente autorizzate)	20%	
Valore minimo di scoperto nel caso di centro non convenzionato (o di prestazioni in centro convenzionato, non preventivamente autorizzate)	€ 50,00	

Tabella 3 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. C) *Rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall’offerente
Spese visite specialistiche ed esami diagnostici (per anno per nucleo familiare)	€ 3.300,00	
Percentuale di rimborso per visite specialistiche in regime intramoenia	80%	
Percentuale di rimborso per visite specialistiche e accertamenti diagnostici in centro non convenzionato (nel caso di prestazioni in centro convenzionato, non preventivamente autorizzate)	56%	
Percentuale di scoperto nel caso di centro non convenzionato (o di prestazioni in centro convenzionato, non preventivamente autorizzate)	20%	

Tabella 4 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. D), *Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente
Spese per trattamenti fisioterapici e noleggio apparecchiature (per anno per nucleo familiare)	€ 500,00	
Franchigia per ciclo di cura in centro non convenzionato	€ 50,00	

Tabella 5 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. E.1) *Rimborso spese per acquisto lenti ed occhiali*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente (eventuale)
Spese per lenti e occhiali (per anno per nucleo familiare)	€ 250,00	

Tabella 6 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. E.2) *Rimborso spese per Long Term Care*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente (eventuale)
Rimborso mensile per componente assicurato in polizza	€ 300,00	
Periodo massimo di rimborso	2 anni dalla data della manifestazione dell'evento	

Tabella 7 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. E.3) *Check up*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente (eventuale)
Check up in strutture convenzionate	a) DONNA (gino-test): - Esame mammografico - Esame citologico secondo Papanicolau (pap-test) - Esame elettrocardiografico b) UOMO (andro – test): - Elettrocardiogrammi a riposo e da sforzo - Esame radiologico del torace - Esami del sangue: emocromo, glicemia, VES,	

	LDL, azotemia, creatininemia, HDL, quadrolipidico	
--	---------------------------------------------------------	--

Tabella 8 – Capitolato Tecnico, Sezione D, par. D.1, lett. E.4) *Opzione Pocket*

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente (eventuale)
Opzione pocket in strutture convenzionate	<ul style="list-style-type: none"> - prestazioni odontoiatriche - prestazioni mediche - prestazioni fisioterapiche - prestazioni sanitarie di medicina alternativa - esami ematochimici o di laboratorio 	
Massimale spese per prestazioni aggiuntive	€ 250,00	

Tabella 9 – Capitolato Tecnico, Sezione E, par. E.1 Estensione delle garanzie ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi

Descrizione	Valore di riferimento	Valore proposto dall'offerente
Premio annuo lordo per figlio	€ 800,00	