

PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER LA STIPULA DI UNA POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE E DI UNA POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA

CIG 918117514B R.A. 073_22_PA

RISPOSTA QUESITI PERVENUTI

Si fa seguito ai quesiti pervenuti per fornire le seguenti risposte:

1

POLIZZA RSM

Nel file 11_RA021_22_PA_Polizza RSM_Infortuni_Capitolato RSM pag. 14 art. 37 è riportato che il premio è calcolato in via provvisoria su 3000 dipendenti mentre nel file 03_RA073_22_PA_Polizza RSM_Infortuni_Disciplinare_glyphed pag. 14 art. 3 è riportato che la base d'asta per la polizza RSM è calcolato su 2.900 dipendenti. Si chiede di precisare il motivo della differenza.

RISPOSTA

Il numero di teste da considerare è pari a 2.900 come correttamente indicato nel disciplinare di gara e nel Modulo offerta economica.

2

POLIZZA RSM

Si chiede di confermare che nel numero complessivo di dipendenti siano ricompresi anche i dirigenti.

RISPOSTA

Si Conferma

3

POLIZZA RSM

Si chiede di ricevere indicazione del numero di dirigenti assicurati nel corso delle ultime tre annualità.

RISPOSTA

Il rischio è nuovo, non è previsto nella copertura in corso.

4

POLIZZA RSM

Si chiede conferma che i massimali indicati nell'ambito della polizza integrativa per i dirigenti (file 11_RA021_22_PA_Polizza RSM_Infortuni_Capitolato RSM art. 68 colonna Opzione Integrativa

Dirigente della tabella) siano da intendersi aggiuntivi rispetto agli importi indicati nella colonna Capitolato tecnico 2022/2023 della stessa tabella. A titolo esemplificativo il dirigente che sottoscriva l'opzione integrativa per la garanzia ricovero con/senza intervento avrà diritto ad un massimale complessivo di € 250.000 (100.000 + 150.000).

RISPOSTA

NO. Il massimale da Euro 100.000,00 diventa Euro 150.000,00

5

POLIZZA RSM

All'art. 68 del Capitolato è riportato che i massimali e gli scoperti / franchigie si intendono validi solo per il dipendente /dirigente assicurato. Si chiede di chiarire se si tratta di un refuso oppure, in alternativa, si chiede di precisarne il significato. In particolare, di precisare se gli stessi importi sono da ritenersi validi anche per i familiari che aderiscono volontariamente alla copertura e, quindi, in tal caso sono da ritenersi validi per nucleo.

RISPOSTA

Si intendono validi anche il per il nucleo familiare del dirigente.

6

POLIZZA RSM

Si chiede conferma che il premio di € 1.250 per l'adesione facoltativa del nucleo familiare del dipendente alla polizza RSM sia da intendersi valido solo per i familiari del dipendente assicurato; pertanto, un nucleo familiare nel quale siano assicurati, su base obbligatoria, il dipendente e, su base facoltativa, i familiari pagherà complessivamente un premio di € 1.350 + € 1.250 = € 2.600.

RISPOSTA

Si conferma il conteggio.

7

POLIZZA RSM

Si chiede conferma che in caso di adesione volontaria da parte del nucleo si intendano assicurati tutti i familiari rientranti nella definizione di nucleo familiare.

RISPOSTA

Si conferma

8

POLIZZA INFORTUNI

Si chiede di ricevere copia della polizza infortuni in corso nell'ultimo triennio; in alternativa si chiede di ricevere l'indicazione delle differenze rilevanti tra normativo vigente e normativo a base d'asta.

RISPOSTA

Il capitolato tecnico di gara ripete le condizioni contrattuali in corso eccetto:

- Categoria Dirigenti
Morte 2 volte la RAL(in gara 5 volte)
IP 3 volte la RAL(in gara 6 volte)
Per la rettifica è stato proporzionalmente aumentato il relativo tasso promille.

9

POLIZZA INFORTUNI

Si chiede di ricevere per ciascuna categoria della sub sezione A:

- A. Indicazione dei tassi pro mille /premi lordi pro capite in corso;
- B. Indicazione dei premi annui lordi complessivi per ciascuna delle ultime tre annualità;
- C. Il numero di assicurati per ciascuna delle ultime tre annualità.

RISPOSTA

RISPOSTA A.

A – Non Dirigenti Tasso lordo promille su RAL 1,21

A – Dirigenti Tasso lordo promille su RAL 1,9

B – Premio annuo lordo procapite € 31,86

C – Premio annuo lordo procapite € 9,15

D1 – Premio annuo lordo procapite € 27,68

D2 – Premio annuo lordo procapite € 19,71

RISPOSTA B.

31-12-2018_31.12.2019 € 100.550,18

31-12-2019_31-12-2020 € 100.550,18

31-12-2020_31-12-2021 € 100.550,18

31-12-2021_30.06.2022 € 50.275,09

RISPOSTA C.

▪ 2018.2019

B n.110

C n.97

D1 n. 600

D2 n.950

▪ **2019.2020**

B n.110

C n.89

D1 n. 600

D2 n.950

▪ **2020.2021 dati non ancora disponibili**

10

POLIZZA INFORTUNI

Si chiede di ricevere per la sub sezione B:

- A. Indicazione del premio annuo lordo complessivo per ciascuna delle ultime tre annualità;
- B. Il numero di assicurati per ciascuna delle ultime tre annualità.

RISPOSTA

RISPOSTA A.

31-12-2018_31.12.2019 € 87.353,00

31-12-2019_31-12-2020 € 87.353,00

31-12-2020_31-12-2021 € 87.353,00

31-12-2021_30.06.2022 € 43.676,5

RISPOSTA B.

Per la Sub sezione B non è prevista indicazione di categoria e numeri Assicurati, ma viene pagato premio sulla base dello stato di rischio indicato in Capitolato.

Il Premio è fisso e concordato in sede di emissione contratto, non soggetto a regolazione premio sulla base di elementi variabili.

11

POLIZZA INFORTUNI

Per la sub sezione A categorie A1 e A2 si chiede di poter ricevere indicazione delle RAL riferite a ciascuna delle ultime tre annualità.

RISPOSTA

2018.2019

A (non dirigenti) RAL € 22.165.263,00

A1 (Dirigenti) RAL € 2.941.560,00

2019.2020

A (non dirigenti) RAL € 23.474.542

A1 (Dirigenti) RAL € 3.222.835

12

POLIZZA INFORTUNI

Per la sub sezione B si chiede:

- di specificare se si tratta di polizza ad adesione obbligatoria o volontaria; si chiede, inoltre, di specificare se tale copertura si aggiunge ad altra polizza infortuni relativa agli eventi sportivi organizzati dal CONI;
- di confermare che le somme assicurate sono per la morte e invalidità permanente rispettivamente pari a € 80.000;
- di specificare cosa si intende per Premio annuo lordo flat all'interno del file 10_RA021_22_PA_Polizza RSM_Infortuni_All. D;

In particolare, si chiede di chiarire se per tale polizza sia previsto un premio pro capite oppure un premio annuo complessivo corrisposto per assicurare la totalità degli eventi coperti dalla polizza che si verificheranno nel corso dell'annualità.

RISPOSTA

Non si tratta di polizza ad adesione e né ad adesione volontaria;

Si conferma il valore delle somme assicurate riportate

Si intende Premio flat non soggetto a regolazione premio.

Non è previsto un premio pro capite, trattasi di un premio annuo complessivo corrisposto per assicurare la totalità degli eventi coperti dalla polizza che si verificano nel corso dell'annualità.

13

POLIZZA INFORTUNI

Si chiede di poter ricevere la statistica sinistri relativa alla polizza infortuni distinta per sub sezione (A e B) e, se possibile, nell'ambito della sub sezione A distinta per categoria.

RISPOSTA

La statistica sx presentata in sede di gara è quella fornita dalla compagnia.

14

POLIZZA INFORTUNI

A pag. 14 del Disciplinare di gara è riportato in € 190.000 il valore del premio annuo lordo a base di gara per la polizza infortuni. Considerando che con i dati messi a disposizione nella documentazione di gara non è possibile ricostruire per ciascuna categoria il tasso/premio posto a base di gara, si chiede di precisare come sia stato stimato l'importo di € 190.000 indicando per

ciascuna categoria della sub sezione A e sub sezione B il valore del tasso/premio posto a base d'asta.

RISPOSTA

SEZIONE A

TASSI

A – Non Dirigenti Tasso lordo promille su RAL 1,21

A – Dirigenti Tasso lordo promille su RAL 1,9

B - Premio annuo lordo procapite € 31,86

C - Premio annuo lordo procapite € 9,15

D1 - Premio annuo lordo procapite € 27,68

D2 - Premio annuo lordo procapite € 19,71

PREMI

31-12-2018_31.12.2019 € 100.550,18

31-12-2019_31-12-2020 € 100.550,18

31-12-2020_31-12-2021 € 100.550,18

31-12-2021_30.06.2022 € 50.275,09

REGOLAZIONE PREMIO

RP 2019_2019 € -27.723,50

RP 2019_2020 € - 25.727,94

RP 2020_2021 non ancora disponibile

SUBSEZIONE B

Premio fisso e concordato in sede di emissione contratto, non soggetto a regolazione premio sulla base di elementi variabili.

PREMI

31-12-2018_31.12.2019 € 87.353,00

31-12-2019_31-12-2020 € 87.353,00

31-12-2020_31-12-2021 € 87.353,00

31-12-2021_30.06.2022 € 43.676,5

15

POLIZZA INFORTUNI + RSM

Si chiede se la stima del costo di manodopera presente nel disciplinare di gara (pag 14) è da ritenersi vincolante per i concorrenti.

RISPOSTA

Si. Il concorrente deve obbligatoriamente indicare in sede di gara:

- stima dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro di cui all'art. 95, comma 10 del Codice, fino alla seconda cifra decimale;
- stima dei costi della manodopera, ai sensi dell'art. 95, comma 10 del Codice, fino alla seconda cifra decimale

16

Nel caso la stazione appaltante eserciti l'opzione di rinnovo, l'aggiudicatario è tenuto a darvi seguito o può anche non accogliere la richiesta?

RISPOSTA

Come indicato al paragrafo 3.2 del Disciplinare di gara, l'opzione del Rinnovo costituisce una facoltà per la Stazione appaltante.

L'esercizio di tale facoltà è comunicato all'appaltatore, mediante lo strumento della messaggistica della RDO on line, almeno 2 mesi prima della scadenza del contratto.

In caso di rinnovo l'affidatario si impegna ad adeguare ed estendere la durata della garanzia definitiva pena la risoluzione del contratto.

L'Affidatario è tenuto ad accettare il rinnovo.

17

Con riferimento ai requisiti indicati al paragrafo 6.4 del disciplinare di gara, si chiede conferma che non trattandosi di requisiti di partecipazione ma di esecuzione non dovranno costituire oggetto di eventuale avvalimento, ma potranno ad esempio essere subappaltati.

RISPOSTA

E' ammesso l'Avvalimento anche per i requisiti di esecuzione (Tar Piemonte, Torino, sez. I, 23 aprile 2019, n. 459) secondo le modalità stabilite al paragrafo 7 del Disciplinare di gara.

A tal fine si allega una nuova versione dell'Allegato C (Versione 2) per consentire al concorrente di poter selezionare anche i requisiti di esecuzione.

Tali requisiti potranno altresì essere subappaltati.

18

Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, compilare la sezione D del DGUE indicando le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

RISPOSTA

Si conferma. Il Concorrente deve compilare la Sezione D nonché il quesito 9 della Sezione “CAPACITÀ TECNICHE E PROFESSIONALI (ARTICOLO 83, COMMA 1, LETTERA C), DEL CODICE)”

19

Con riferimento al Fondo\Cassa di Assistenza citato nel Disciplinare di gara, si chiede conferma che l'aggiudicatario della gara debba solo metterne a disposizione uno\a per la durata del contratto e che non serva dover ricorrere ad avvalimento e\o subappaltato.

RISPOSTA

Si conferma.

20

Si segnala che la scrivente Compagnia di assicurazione per il servizio oggetto della gara non emette propriamente fatture ma certificati di polizza/appendici di regolazione di rinnovo e quietanze e pertanto non sarebbero applicabili i requisiti elencati all'art. 14 – PAGAMENTO DEL PREMIO del Contratto in merito a split payment e alla fattura elettronica. Si chiede quindi conferma che in caso di aggiudicazione il predetto art. 14 del Contratto possa essere opportunamente rimodulato al fine di adattarne il contenuto alle caratteristiche proprie del soggetto aggiudicatario.

RISPOSTA

Si Conferma

21

Al comma 5 dell'art. 30 del Contratto si prevede che: “Per l'ipotesi in cui l'esecuzione delle obbligazioni per cui è contratto comporti l'affidamento da parte del Committente al Fornitore di attività di trattamento di dati personali lo stesso è nominato “Responsabile del Trattamento” ai sensi dell'art. 28 del GDPR assumendo i compiti e le funzioni proprie di tale attribuzione secondo il disposto del Regolamento stesso”. La scrivente impresa di assicurazione ritiene che la nomina a “Responsabile del trattamento” (rif. Regolamento UE n. 2016/679) non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati.

Considerando infatti che:

- i trattamenti svolti per l'erogazione della copertura assicurativa rappresentano l'attività tipica dell'impresa di assicurazione;
- l'impresa di assicurazione effettua un trattamento di dati personali per effetto del rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto della stazione appaltante, soggetto quest'ultimo che raccoglie e tratta i dati per finalità diverse rispetto al fornitore del servizio assicurativo.

La scrivente reputa più corretto essere individuata quale “Titolare del trattamento”, come pure chiaramente indicato dal Garante per la protezione dei dati personali (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019, di cui si riporta il seguente passaggio: “La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce, quindi, in qualità di autonomo titolare in quanto non

pone in essere un trattamento di dati “per conto” dell’ente aggiudicante, circostanza questa che, peraltro, priverebbe la società medesima dell’autonomia necessaria ad una corretta valutazione e liquidazione del danno (spetta infatti a tale società, in base a proprie valutazioni interne, decidere se liquidare direttamente un sinistro senza particolari formalità, ovvero avviare più puntuali verifiche o anche resistere in giudizio). Non vi è dubbio, infatti, che l’ente aggiudicante e la compagnia assicuratrice perseguono interessi separati e distinti, come del resto emerge dalla citata normativa di settore che, nel definire in maniera dettagliata tutti gli aspetti dell’attività assicurativa, individua gli obblighi che ricadono sulle parti contraenti (in tal senso, v. anche artt. 1882 e ss. c.c.). Alla luce di quanto detto, si rappresenta che, nell’ambito considerato, la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena assicurativa, doc. web n. 1410057)”.

RISPOSTA

Quanto indicato nel quesito è corretto. In sede di stipula si procederà con la modifica dello Schema di contratto.

22

Si chiede cortesemente di circoscrivere in maniera più puntuale la definizione di Assicurato infermo del Capitolato RSM.

RISPOSTA

La definizione di Assicurato risulta essere puntuale e circoscritta.

23

Si chiede di fornire maggiori specifiche in merito alla previsione di cui all’ Art. 8 “Disdetta – recesso – in caso di sinistro” del Capitolato.

RISPOSTA

L’articolo 8 disciplina la tempistica necessaria per invio della disdetta del contratto, ma vista la durata annuale + eventuale opzione di rinnovo solo per un’ulteriore annualità, la stessa non è applicabile alla durata di questo contratto.

24

Si chiede conferma che l’indennità sostitutiva di cui all’art. Art.40 – “Diaria sostitutiva del rimborso” del Capitolato RSM non sia erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell’Assicurato.

RISPOSTA

Si Conferma

25

Con riferimento alle Visite specialistiche del Capitolato RSM, si chiede conferma che nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall’Assicurato deve contenere il dettaglio

dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

RISPOSTA

Si Conferma

26

Si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea:

- di "Cure fisioterapiche" previste all'art. 50 del Capitolato RSM;
- di Trattamenti fisioterapici effettuati a seguito del ricovero di cui all'art. 45 del Capitolato RSM;

decorso il termine di 120 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la garanzia "Cure fisioterapiche", in quanto quest'ultima è operante a seguito di evento non collegato allo stesso.

RISPOSTA

S Conferma

27

Con riferimento agli Art.49.2 e Art.50 – trattamenti fisioterapici del Capitolato RSM, si chiede di poter chiarire meglio il perimetro delle due garanzie e la loro operatività.

RISPOSTA

L'Art 50 ha lo scopo di definire meglio l'operatività della garanzia nel caso di trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio.

28

Con riferimento all'Art.50 cure fisioterapiche del Capitolato RSM:

- si chiede conferma che le prestazioni possano essere effettuate solo presso Centri medici e che siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento;
- si chiede conferma che i trattamenti fisioterapici ivi descritti siano prescritti esclusivamente a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l'assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero).

RISPOSTA

Si conferma per entrambi i punti

29

Con riferimento ai medicinali non mutuabili del Capitolato, si chiede conferma che siano riconosciute le spese per medicinali, prescritti dal medico curante o dallo specialista, compresi

nella categoria “medicinali” dell’Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie; sono esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci.

RISPOSTA

Si Conferma

30.

Si chiede conferma dell’interpretazione di seguito riportata per “Apparecchi acustici”:

dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

RISPOSTA

Si Conferma

31

Con riferimento ai Premi del Capitolato, si chiede conferma di quanto segue:

- Piano “base” per il solo dipendente: premio a carico dell’associato
- Estensione del piano “base” al nucleo familiare: premio a carico dell’assicurato
- Piano integrativo volontario per il dirigente: premio a carico dell’assicurato. Tale piano può essere sottoscritto solo dal dipendente assicurato con il piano “Base”
- Piano integrativo volontario per il nucleo familiare: premio a carico dell’assicurato, sottoscrivibile solo da nuclei assicurati con il piano base

RISPOSTA

Si Conferma

32

La definizione di “Prestazione Extra ospedaliera” del Capitolato RSM è: “Tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento”. Si chiede conferma del fatto che, sebbene riguardanti uno stesso evento, le diverse prestazioni siano indennizzabili solo se avvenute in vigenza di copertura.

RISPOSTA

Si Conferma

33

Nella definizione di “Visita specialistica” del Capitolato RSM viene precisato che “Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale”. A tale proposito si chiede se vengano considerate indennizzabili anche prestazioni erogate in modalità a distanza (c.d. Telemedicina), laddove possibile, ossia senza la contestuale presenza fisica del professionista sanitario e dell’assicurato.

RISPOSTA

Si Conferma

34

Sia all'articolo 13 che all'articolo 14 del Capitolato RSM è riportata la seguente precisazione:

“Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni”. Con riferimento a tale passaggio, si chiede di chiarire i seguenti punti:

1. chi effettua la denuncia del sinistro e la richiesta di indennizzo nei confronti della Compagnia? Il singolo Assicurato o il Contraente per suo conto?
2. in che cosa consistono gli “atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni” che dovrebbe compiere il Contraente? È prevista una sua partecipazione al processo di gestione dei sinistri? Si veda ad esempio il passaggio presente all'art. 32, in cui si legge: “[...] eventuale copia della cartella clinica completa e della documentazione medica, inviandola per posta al Contraente o a mezzo portale [...]”;
3. visto che viene menzionata anche la “liquidazione dei danni”, è prevista a tale proposito una qualche deviazione rispetto al processo standard, ossia quello che vede la Compagnia liquidare gli Assicurati una volta accertata la sussistenza del loro diritto a ricevere l'indennizzo?

RISPOSTA

1. Il singolo Assicurato;
2. Da parte del Contraente non è prevista nessuna partecipazione al processo di gestione sinistri;
3. No.

35

Si chiede di chiarire il significato e la portata della seguente frase, presente all'art. 14 del Capitolato RSM: “L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa”.

RISPOSTA

Premesso che l'indennizzo liquidato a termini di polizza non può essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato, resta esclusa ogni sua facoltà di impugnativa una volta accettato e liquidato il rimborso.

36

Si chiede di precisare la portata di quanto previsto all'art. 18 del Capitolato RSM, ossia di chiarire quali sarebbero le “cose assicurate” che la Società avrebbe sempre il diritto di visitare.

RISPOSTA

Tutto quanto oggetto del rimborso – documenti di spesa, cartelle cliniche, ecc.

37

All'art. 25 del Capitolato RSM viene precisato che "Non sono assicurabili salvo patto speciale le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza". Si segnala come l'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione) abbia più volte richiesto alle imprese di assicurazione (rif. da ultimo l'incontro associativo del 10 giugno 2019) di evitare l'inserimento, all'interno dei contratti assicurativi, di clausole come quella sopra riportata, e di prevedere non tanto la non assicurabilità tout court di determinate categorie di persone (es. soggetti affetti da HIV), quanto la non operatività della copertura con riferimento a determinate patologie, che rappresenterebbero pertanto delle esclusioni, fornendo i seguenti esempi: "[...] gli stati patologici correlati all'infezione da HIV; le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze; gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni". Tali soggetti, pertanto, entrerebbero in copertura e vi resterebbero anche qualora fossero affetti dalle patologie sopra indicate. Verrebbe invece esclusa nei loro confronti l'operatività della polizza con riferimento ai soli infortuni e malattie correlati ai suddetti stati patologici. Si chiede se l'articolo riportato possa essere interpretato in tal senso e pertanto, in caso di aggiudicazione del bando, riformulato nelle Condizioni di Assicurazione secondo quanto appena rappresentato.

RISPOSTA

Si conferma la volontà di riformulare le condizioni di assicurazioni secondo quanto sopra rappresentato.

38

All'art. 33 del Capitolato RSM è indicato come foro competente quello di Roma. La clausola risulta corretta con riferimento alle controversie tra la Compagnia e la stazione appaltante.

Tuttavia, la scrivente riterrebbe preferibile aggiungere un passaggio in cui precisare che per le controversie tra Compagnia e Assicurati è competente il foro del domicilio dell'Assicurato:

pur trattandosi di una norma nel Codice del consumo, tale precisazione andrebbe nel senso di una maggiore trasparenza nei confronti degli Assicurati stessi, anch'essi destinatari del documento contenente le condizioni di assicurazione.

RISPOSTA

Non si accoglie la richiesta in quanto il contratto disciplina i rapporti tra Compagnia aggiudicatrice e la Stazione appaltante.

39

Con riferimento al primo capoverso dell'art. 38 del Capitolato, si formulano le seguenti richieste di chiarimento:

1. quando si dice "gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura al 31/12/2012, nonché le malattie croniche e recidivanti", si intende che anche gli infortuni debbano essere espressione o conseguenza diretta di patologie pregresse (così il passaggio andrebbe interpretato da un punto di vista letterale, visto anche l'utilizzo del

participio “insorte”, che essendo al femminile dovrebbe riferirsi alle sole “situazioni patologiche”), oppure si vuole solamente dire che sono indennizzabili ai sensi della presente copertura anche le spese mediche, avvenute in vigenza di polizza, riferite ad infortuni verificatisi prima della decorrenza della stessa?

2. si chiede di precisare il significato del passaggio successivo (“L’intervento della presente copertura [...]”). Si vuole dire che, a differenza di chi è inserito in polizza ab origine – nei cui confronti la copertura si estende anche alle spese sostenute in relazione ad eventi pregressi – chi entra in un secondo momento sarà indennizzato solo per le spese che si riferiscano ad eventi verificatisi dopo il suo ingresso in copertura, e addirittura con l’applicazione delle carenze indicate?

RISPOSTA

1. Si intendono garantire anche gli infortuni che siano espressione o conseguenza diretta di patologie pregresse;
2. Si conferma interpretazione.

40

Si chiede di chiarire il contenuto dell’art. 41 (Massimali a Nucleo) del Capitolato RSM. Nel caso in cui la copertura venga estesa al Nucleo familiare, il massimale resta lo stesso e va riferito all’interno Nucleo (es. 150 mila euro per tutti quanti, dipendente e relativo Nucleo) oppure l’inserimento del Nucleo comporta la messa a disposizione di quest’ultimo di un ulteriore massimale, pari a quello del dipendente ma autonomo (es. 150 mila euro per il dipendente e altri 150 mila euro per il Nucleo familiare)?

RISPOSTA

Il massimale è indicato per il solo dipendente per il quale è pagato il premio dalla Contraente, mentre il massimale si riferisce prestato in aggiunta al nucleo laddove il dipendente acquisti l’opzione di estensione della copertura per il proprio nucleo familiare.

41

All’art. 45 del Capitolato RSM sono menzionate, tra le altre, le prestazioni post Ricovero. A tale proposito si chiede di precisare se le stesse, per essere indennizzate, debbano avvenire in vigenza di copertura oppure se il termine dei 120 giorni entro le quali le stesse risultano indennizzabili valga anche quando le stesse avvengano a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero iniziato (o terminato?) in vigenza di copertura.

RISPOSTA

Il termine dei 120 giorni entro le quali le stesse risultano indennizzabili vale anche quando le stesse avvengano a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero terminato in vigenza di copertura.

42

Sempre all’art. 45, lettera E) del Capitolato RSM, vengono menzionate le “Rette dell’Accompagnatore”, “con il limite di 100 euro giornalieri”. La formulazione della garanzia, ed in

particolare la menzione del “limite”, parrebbe deporre per la sua lettura nel senso di un rimborso spese. Si chiede di precisare se sia corretta tale interpretazione e, in caso affermativo, di chiarire quali spese sostenute dall'Accompagnatore vadano ritenute rimborsabili.

RISPOSTA

Si intende come retta di degenza giornaliera.

43

Si chiede di precisare cosa si intenda per “patologie e prognosi sicuramente infausta” (art. 48, terzo bullet point del Capitolato RSM).

RISPOSTA

Patologie con prognosi infauste (di non sopravvivenza).

44

All'art. 49 del Capitolato RSM, con riferimento alle prestazioni di cui al paragrafo 2 (Prestazioni Specialistiche - Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici), viene precisato che “Le prestazioni di cui al presente punto 2 sono rimborsabili solo dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata”. Si chiede di precisare se tale prescrizione possa provenire anche dallo stesso specialista che poi esegue le prestazioni oppure debba esserci sempre una distinzione tra chi prescrive le prestazioni e chi le esegue.

RISPOSTA

La prescrizione può provenire anche dallo stesso specialista che poi esegue le prestazioni.

45.

Si chiede conferma che le prestazioni di cui all'art. 49, paragrafi 3 (Cure odontoiatriche) e 4 (Cure dentistiche) del Capitolato RSM siano erogabili qualora necessarie a seguito di sola malattia, esclusi quindi i casi di infortunio.

RISPOSTA

Si conferma interpretazione

46

All'art. 53, lett. C del Capitolato RSM, è presente il seguente passaggio: “In tutti i casi in cui per qualsivoglia motivo non fosse operante la Convenzione per il pagamento diretto da parte della Società delle spese di cura e ricovero, l'assicurazione sarà prestata in forma indiretta”. Si chiede di precisare se tale passaggio, ossia se il fatto che la prestazione debba essere prestata in forma diretta comporti, in tale circostanza, che l'Assicurato possa comunque servirsi delle strutture convenzionate e poi chiedere il rimborso delle relative fatture. In caso di risposta positiva, quali condizioni sarebbero applicabili a tali richieste di indennizzo? Quelle del regime in forma diretta o quelle del regime rimborsuale?

RISPOSTA

In tutti i casi in cui non fosse operante la convenzione diretta, l'assistito richiederà il rimborso nelle forme del regime rimborsuale.

47

Per l'Alta diagnostica, nella tabella di riepilogo del capitolato RSM (pagg 32-34) è riportato scoperto 10% minimo 20 per le strutture convenzionate ma a pag. 19 dello stesso capitolato è indicato scoperto 15%. Quale delle due percentuali bisogna considerare?

RISPOSTA

Scoperto 15% minimo Euro 20,00

48

Per le Cure Oculistiche, nella tabella di riepilogo del capitolato RSM (pagg 32-34) è riportato scoperto 20% minimo 30 per le strutture convenzionate ma a pag. 20 dello stesso capitolato non è indicato lo scoperto ma solo la franchigia. Lo scoperto è da considerare o meno?

RISPOSTA

E' da considerare lo scoperto

49

Essendo presenti nel Capitolato Infortuni alcune formulazioni sostanzialmente identiche a quelle presenti anche nel Capitolato RSM, si chiede conferma che, per le identiche previsioni, le relative risposte si possano considerare applicabili anche al Capitolato Infortuni salvo il caso in cui la stazione appaltante non evidenzi eventuali differenze.

RISPOSTA

Si conferma interpretazione

50

Si chiede di precisare il seguente passaggio presente all'art. 22 del Capitolato Infortuni, nel quale paiono assenti alcune parole necessarie a garantirne la piena comprensione:

“Qualora in conseguenza del medesimo evento l'impresa sia tenuta alla liquidazione di un capitale Morte per entrambi i genitori, sarà raddoppiata la parte di beneficia spettante ai figli minori e lo in ogni caso a carico”.

RISPOSTA

L'articolo è così inteso:

“Qualora in conseguenza del medesimo evento l'impresa sia tenuta alla liquidazione di un capitale Morte per entrambi i genitori, sarà raddoppiata la parte di beneficia spettante ai figli minori.

51

Si chiede di precisare il seguente passaggio presente all'art. 33 del Capitolato Infortuni, nel quale paiono assenti alcune parole necessarie a garantirne la piena comprensione: “Ferme restando quanto disposto dall'articolo 23 - Persone non assicurabili - delle Norme che regolano

l'Assicurazione, si da atto che il Contraente è esonerato dal momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire”.

RISPOSTA

Ferme restando quanto disposto dall'articolo 11 e non 23 (refuso) - Persone non assicurabili - delle Norme che regolano l'Assicurazione, si da atto che il Contraente è esonerato dalla comunicazione delle affezioni indicate all'art. 11 dal momento della stipulazione del contratto anche laddove dovessero in seguito sopravvenire.

52

All'art. 23 del Capitolato Infortuni viene previsto che, in caso di incapacità di intendere e di volere (all'inizio dell'articolo) oppure di incapacità (capoverso finale) dell'Assicurato, gli eredi designati o i beneficiari possano in un caso “far valere i diritti dell'Assicurato e richiedere all'Impresa la liquidazione dell'indennizzo spettante” e in un altro “richiedere all' impresa (presentando i giustificativi previsti) la corresponsione d'anticipi mensili sull'indennità dovuta e da computarsi nella liquidazione definitiva”. Trattandosi di una polizza danni ed essendo l'Assicurato, sebbene invalido, ancora in vita, dovrebbe comunque restare egli stesso il beneficiario dell'indennizzo: qualora incapace di intendere di volere, eventuali richieste di indennizzo per suo conto dovrebbero essere presentate da soggetti legittimati a rappresentarlo (es. tutore) e non da coloro che riceverebbero gli importi a lui spettanti in caso di suo decesso. Si chiede pertanto di chiarire tale passaggio.

RISPOSTA

Corretto, trattandosi appunto di una polizza danni ed essendo l'Assicurato, sebbene invalido, ancora in vita, resta egli stesso il beneficiario dell'indennizzo: qualora incapace di intendere di volere, eventuali richieste di indennizzo per suo conto devono essere presentate da soggetti legittimati a rappresentarlo (es. tutore) e non da coloro che riceverebbero gli importi a lui spettanti in caso di suo decesso

53

Lo schema di contratto, all'articolo 29 rubricato “tutela della privacy e trattamento dei dati personali”, al comma 5 prevede: “Per l'ipotesi in cui l'esecuzione delle obbligazioni per cui è contratto comporti l'affidamento da parte del Committente al Fornitore di attività di trattamento di dati personali lo stesso è nominato <<Responsabile del trattamento>> ai sensi dell'art. 28 del GDPR assumendo i compiti e le funzioni proprie di tale attribuzione secondo il disposto del Regolamento stesso”. La nomina del Fornitore a “Responsabile del trattamento” si pone in contrasto con l'orientamento espresso dal Garante per la Protezione dei Dati Personali, il quale ha avuto modo di chiarire che “il rapporto tra ente aggiudicante e impresa aggiudicatrice non possa configurarsi nei termini di titolare e responsabile del trattamento” e che quindi “la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento” (Parere DREP/RP-LC/139765-1 – all. 1). Si chiede, pertanto, conferma che il Fornitore aggiudicatario assumerà il ruolo di autonomo titolare del trattamento in conformità all'indirizzo espresso dall'Autorità garante;

RISPOSTA

Si rimanda alla risposta al quesito 21.

54

Il disciplinare di gara, alla pagina 31, richiede di “inserire la documentazione relativa all’offerta economica E ribadire a video la propria offerta”. Il sistema telematico consente di inserire il premio annuo totale lordo offerto mantenendo, purtuttavia, il valore zero nelle voci “totale sezione” e “offerta totale”, non modificabili da parte dell’operatore economico. Si prega la Stazione Appaltante di prendere contatto con l’assistenza tecnica per la risoluzione della problematica evidenziata, trattandosi di circostanza –a parere dell’assistenza - dipendente dalla configurazione della procedura a portale. Si chiede altresì conferma della risoluzione della problematica appena avvenuta;

RISPOSTA

Non c’è alcuna anomalia. E’ una configurazione di sistema. E’ necessario indicare il PREMIO ANNUO TOTALE OFFERTO LORDO.

Il sistema mostra “0” nelle voci “totale sezione” e “offerta totale”,

55

A pagina 21 del Capitolato RSM, art. 51 “RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI (ALLEGATO N.1)”, si legge: “In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di Grandi Interventi (per gli interventi contenuti nell’Allegato n.1, la Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni [...]”. Si chiede conferma che l’allegato 1 debba essere prodotto assieme alle Condizioni di Assicurazione in fase post aggiudicazione

RISPOSTA

Si Conferma.

56

A pagina 18 del Capitolato RSM, art. 48 “Prestazioni integrative” si chiede conferma che i riferimenti all’art. “23 Prestazioni” rappresentino un refuso in quanto l’articolo “Prestazioni” è il 45.

RISPOSTA

Si conferma.

57

A pagina 3 della Determina si legge “L’importo riferito alla Polizza Rimborso Spese Mediche è stato determinato sulla base del premio annuale previsto per ciascun dipendente, costituente base d’asta non superabile in sede di offerta, pari a Euro 1.350,00, comprensivo delle imposte vigenti, moltiplicato per il numero stimato complessivo dei dipendenti pari a 2.900 (Calcolato come media degli ultimi anni)”. A pagina 14 del Capitolato RSM, art. 37 “Entità del premio e modalità di pagamento decorrenza e attivazione della copertura assicurativa” si legge “Il premio è calcolato in via provvisoria su n. 3.000 dipendenti”. Si chiede cortesemente di confermare che n. 3.000 sia un refuso.

RISPOSTA

Il numero di teste da considerare è pari a 2.900 come correttamente indicato nel disciplinare di gara e nel Modulo offerta economica.

58

A pagina 3 del Bando, al punto "II.2.11) Informazioni relative alle opzioni", si legge: "Il contratto può essere rinnovato, alle medesime condizioni, per una durata pari a 12 mesi, per un importo di € 4.105.000,00 (premio comprensivo di imposte e contributi di legge)". Si chiede conferma che tale rinnovo debba essere concordato fra Stazione Appaltante e Aggiudicataria.

RISPOSTA

Si rimanda alla risposta al quesito 16.

59

A pagina 4 della Determina si legge "Il contratto può essere rinnovato, alle medesime condizioni, per una durata pari a 12 mesi, per un importo di € 2.771.000,00 (premio comprensivo di imposte e contributi di legge)". Si chiede conferma che tale importo sia un refuso e che il valore corretto sia €4.105.000,00.

RISPOSTA

Trattasi di refuso. Il valore corretto è €4.105.000,00 come riportato nella tabella successiva della Determina stessa.

60

A pagina 19 del Capitolato RSM, art. 49 "Prestazioni Extraospedaliere e/o ambulatoriali", punto 1 "Prestazioni di Alta Specializzazione", si legge: "Le spese di cui al presente punto 1 vengono accordate con l'applicazione di uno scoperto del 15% minimo € 20,00 per ogni singola prestazione o ciclo di terapia in caso di utilizzo di strutture convenzionate". A pagina 33 del Capitolato RSM, art. 68 "Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie", in corrispondenza della garanzia "Alta diagnostica" viene indicato "scoperto 10% minimo euro 20,00 strutture convenzionate". Si chiede conferma che quest'ultima dicitura rappresenti un refuso e che valga quanto indicato all'art. 49 "Prestazioni Extraospedaliere e/o ambulatoriali", punto 1 "Prestazioni di Alta Specializzazione".

RISPOSTA

Si intende valido quanto indicato all'articolo 49.

61

A pagina 34 del Capitolato RSM, art. 68 "Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie", in corrispondenza della garanzia "Cure Oculistiche" viene indicato "scoperto 20% minimo Euro 30,00". A pagina 20 del Capitolato RSM, art. 4 "Prestazioni Aggiuntive – Cure oculistiche" si legge "Le prestazioni di cui al presente punto 4 sono rimborsabili con una franchigia fissa di € 30,00 per ogni singola prestazione". Si chiede conferma che quest'ultima dicitura rappresenti un refuso e che valga quanto indicato nell'art. 68 "Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie" alla garanzia "Cure Oculistiche"

RISPOSTA

Si conferma quanto indicato all'art. 68

62

A pagina 33 del Capitolato RSM, art. 68 “Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie”, nella “Sezione Extraospedaliere”, relativamente alla garanzia “Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici” (diversi da quelli previsti in “Alta Specializzazione”), si legge: “2. Franchigia Euro 20,00 strutture convenzionate, Scoperto 15% minimo Euro 40,00 strutture non convenzionate; 3. ciclo di terapia in strutture convenzionate franchigia Euro 20,00 per ciclo di terapia / strutture non convenzionate scop. 15% minimo Euro 40,00 per ciclo di terapia”. A pagina 19 del Capitolato RSM, art. 49 “Prestazioni Extraospedaliere e/o ambulatoriali”, punto 2 “Prestazioni Specialistiche - Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici”, si legge: “In caso di utilizzo di strutture convenzionate, le prestazioni di cui al presente punto 2 fino a € 300,00 sono rimborsabili senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia; invece le prestazioni di importo pari o superiore a € 301,00 sono rimborsabili con una franchigia fissa di € 20,00 per ogni singola prestazione o ciclo di terapia”. Si chiede conferma che quest'ultima dicitura rappresenti un refuso e che valga quanto indicato all'art. 68 “Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie” alla garanzia “Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici”.

RISPOSTA

Si intende valido quanto riportato all'articolo 49 punto 2.

63

A pagina 33 del Capitolato RSM, art. 68 “Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie”, viene riportata una sezione denominata “Regime misto”. Si chiede conferma che tale sezione rappresenti un refuso, in quanto le condizioni dei ricoveri in forma mista vengono già descritti a pagina 32 nella sezione “scoperti e franchigie, sezione ricovero” al punto “5. Ricoveri in forma mista”.

RISPOSTA

Quanto riportato a pag 33 - Regime Misto – si intende valido per i casi di ricovero “ Grandi Interventi Chirurgici -

64

A pag. 40 del Disciplinare, art. 14 “OFFERTA ECONOMICA”, tra gli elementi da indicare in offerta economica, all'interno della SUB SEZIONE B della SEZIONE POLIZZA INFORTUNI, vengono indicati al punto e) “stima dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro [...]” e al punto f) “stima dei costi della manodopera, [...]”. Si chiede se nell'offerta economica questi due elementi vadano indicati solo con riferimento alla Polizza Infortuni, oppure se con riferimento sia alla Polizza Infortuni che alla Polizza Sanitaria.

RISPOSTA

I due elementi indicati al punto e) ed f) devono riferirsi ad entrambe le polizze (infortuni e sanitaria).

65

A pag. 19, con riferimento al paragrafo “1. Prestazioni di Alta Specializzazione” dell’Art. 49 Prestazioni Extraospedaliere e/o Ambulatoriali, si chiede cortesemente di confermare che la “Laserterapia” possa essere intesa a scopo fisioterapico e riabilitativo oppure a scopo antalgico

RISPOSTA

Entrambi i casi

66

A pag. 19, con riferimento al paragrafo “2 Prestazioni Specialistiche - Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici ” dell’ Art. 49 Prestazioni Extraospedaliere e/o Ambulatoriali, si chiede cortesemente di confermare che le spese per “Applicazione e rimozione di gesso e valve gessate” saranno accompagnate dalla certificazione emessa dal Pronto Soccorso e/o dall’Ambulatorio Specialistico in cui saranno dichiarate sia la data di applicazione che la data di rimozione di tali strumenti immobilizzanti;

RISPOSTA

Si Conferma

67

Con riferimento all’Art. 48 Prestazioni Integrative”, a pagina 18 del Capitolato RSM, si chiede conferma che le Cure Dentarie (protesi comprese) rese necessarie a seguito di infortunio certificato da pronto soccorso possano essere in copertura qualora richiedano il regime di ricovero o day hospital chirurgici oppure l’intervento chirurgico ambulatoriale.

RISPOSTA

Si Conferma

68

A pag. 34 del capitolato RSM, art. 68 “Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie” troviamo per l’opzione integrativa dirigente le prestazioni “medicinali non mutuabili” e “Spese apparecchi acustici” non normate nei precedenti articoli. Si chiede conferma che le prestazioni siano rimborsabili alle condizioni previste all’art. 49 “PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI”, che con “Spese apparecchi acustici” si intenda l’acquisto di ausili medici acustici e che i massimali si intendano aggiuntivi a quelli riportati all’articolo 49. In caso contrario si chiede di fornire l’interpretazione corretta

RISPOSTA

L’interpretazione è corretta.

69

in riferimento alla procedura in termini con la presente si richiedono i seguenti chiarimenti:

1. indicare il numero dei dirigenti che saranno oggetto di copertura ;

2. precisare se nei 2900 dipendenti indicati nel Disciplinare a pag.14 di 51 si intende anche compreso il numero dei dirigenti ;
3. precisare come mai nel Capitolato art. 37 a pag.14 venga indicato un numero complessivo di dipendenti pari a 3000 e non 2900 come riportato nel Disciplinare a pag. 14 di 51;
4. Con riferimento a quanto indicato nel Capitolato Rimborso Spese Mediche art.68 Massimali /Somme Assicurate, scoperti e franchigie si chiede di confermare che anche per i familiari, che potranno aderire volontariamente, opereranno le stesse regole liquidative operanti per dipendente o dirigente;
5. precisare se i massimali previsti per il piano integrativo Dirigenti siano da considerarsi in aggiunta a quelli della copertura dipendenti o sostitutivi.

RISPOSTA

1. 32
2. Si Conferma
3. Il numero corretto è 2900
4. Si Conferma
5. No, quanto indicato con la formula integrativa si intende il massimale riconosciuto (ad esempio massimale ricovero da Euro 100.000,00 ad Euro 150.000 e non 250Mila)

70

Spettabile Stazione Appaltante, al fine di formulare un'offerta in linea con le vostre esigenze, siamo a formulare le seguenti richieste di chiarimento e/o integrazione.

In relazione a quanto previsto dall'art. 24 del Capitolato RSM "L'assicurazione vale per i dipendenti e i familiari – quest'ultimi solo in caso di adesione volontaria ed autonoma da parte del dipendente - del personale dipendente del Coni, Sport e Salute Spa, Federazioni Sportive Nazionali, Presidenti FSN, Membri del Consiglio Nazionale del Coni, Dipendenti del Comitato Italiano Paraolimpico, Il Parco del Foro Italico, Coninet, FSN Paralimpiche, Discipline Sportive Associate che adottano il CCNL Sport e salute /FSN", siamo a chiedere cortesemente di voler specificare:

1. se l'estensione volontaria ed autonoma si intende come una categoria dello stesso contratto e, pertanto, verranno comunicati soltanto il numero di aderenti ai fini del calcolo del premio o si dovranno trattare come adesioni individuali. In quest'ultimo caso, se la data effetto e scadenza coincideranno con quelle della polizza principale;
2. se il pagamento del premio sarà a carico di ogni singolo aderente e versato in Compagnia; In merito al rischio RSM, inoltre, siamo a chiedere:
3. per l'area ospedaliera, dettaglio sinistri inerente alla garanzia ricovero con intervento, con indicazione per ogni sinistro dell'importo richiesto, liquidato e riservato suddiviso per network (diretto e indiretto), dal 2019 ad oggi.

RISPOSTA

1. non si comprende la richiesta. L'estensione volontaria ed autonoma è prevista per ciascun dipendente / dirigente e saranno comunicati i componenti del proprio nucleo familiare. E' consentita la possibilità di aderire all'estensione volontaria entro 30 gg dalla data di effetto del contratto, pertanto la data di effetto e scadenza coincideranno con quella della polizza;

2. Il pagamento del premio relativo all'estensione volontaria è a carico del dipendente / dirigente.
3. Tutti i dati relativi alla statistica sx sono pubblicati negli allegati statistica sx.

71

Al fine di garantire la massima partecipazione alla procedura, si chiede di confermare che sia possibile ricorrere all'istituto dell'avvalimento per soddisfare i requisiti di esecuzione di cui all'art. 6.4 del Disciplinare, in linea con quanto previsto dall'art. 89 del Codice Appalti.

RISPOSTA

Si rimanda alla risposta al quesito 17.

72

Si chiede di confermare che la messa a disposizione di un Fondo/Cassa di Assistenza e la relativa documentazione attestante l'effettiva disponibilità debba essere presentata unicamente nei termini di cui all'art. 6.4 del Disciplinare e non in sede di presentazione dell'offerta.

RISPOSTA

Si conferma

73

Relativamente all'art. 6.4 del Disciplinare di Gara, lettera a), si richiede conferma che possano essere conteggiati sia gli odontoiatri singoli sia gli odontoiatri censiti negli studi odontoiatrici, al fine del raggiungimento del requisito.

RISPOSTA

Si conferma

74

In riferimento all'art 6.4, lettera b) del Disciplinare di Gara che richiede la presenza di almeno 1 strutture abilitata per regione, in considerazione che in alcune Regioni per vincoli indipendenti dal provider non sono presenti strutture private, si ritiene, come di consueto, soddisfatto il requisito considerando la media delle strutture per regione?

RISPOSTA

Si conferma interpretazione.

75

Relativamente all'art.55 del Capitolato di Gara, "PORTALE WEB DEDICATO PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO E HELP DESK", per quanto concerne la disponibilità di una Centrale Operativa attiva 24 ore su 24, si richiede conferma che l'operatività delle centrale debba essere sulle 24 ore per i servizi di assistenza R18, ove previsti, contrariamente seguirà orario concordato tra le parti in caso di aggiudicazione.

RISPOSTA

Si conferma quanto esposto.

76

Relativamente alla copertura infortuni:

1. Si chiede di indicare, per le annualità 2019, 2020 e 2021, l'importo complessivo dei premi incassati, separatamente per categoria e sezione, comprensivi di regolazione premio.
2. Si chiede di indicare, separatamente per gli anni 2019, 2020 e 2021, il numero di sinistri aperti, chiusi e senza seguito riferiti alla categoria Dirigenti con evidenza dell'importo pagato o riservato, nonché della garanzia colpita (invalidità permanente o rimborso spese di cura a seguito di infortunio)
3. Nel capitolato tecnico vengono riportate diverse definizioni di massimo indennizzo per sinistro cumulativo: all'art. 13 "Infortuni determinati da calamità naturali" viene indicato un limite per calamità naturali pari al 10% dei premi del Ramo infortuni raccolti nell'anno precedente, all'art. 14 – "Evento con pluralità di infortuni" un limite per evento di € 8.000.000, all'art. 4 – "Concentrazione del Rischio" della Sub Sezione A un limite per evento di € 30.000.000, all'art. 8 - "Infortuni determinati da calamità naturali" della Sub Sezione B un limite per calamità naturali pari al 10% dei premi del Ramo infortuni raccolti nell'anno precedente, all'art. 9 – "Evento con pluralità di infortuni" della Sub Sezione B un limite di € 5.000.000. Si chiede conferma che operino unicamente i limiti indicati per ciascuna Sub Sezione e che tali limiti non siano cumulabili tra loro.

RISPOSTA

1. Si rimanda alle risposte ai quesiti 9, 11, 14
2. Si veda la statistica sx infortuni pubblicata
3. Non sono cumulabili tra loro

77

Si chiede conferma che il premio per l'intero nucleo familiare del Dipendente con premio a carico dello stesso sia pari a € 1.250.

RISPOSTA

Si conferma quanto indicato.

78

Nella statistica sinistri "15_RA021_22_PA_Polizza_RSM_Infortuni_Statistica_sinistri_RSM (2)", foglio "2.2.R4_LEGAME_NTW" si chiede di chiarire cosa si intende per la prestazione "EXTRA".

RISPOSTA

Si intende Cure termali.

79

Nella statistica sinistri "15_RA021_22_PA_Polizza_RSM_Infortuni_Statistica_sinistri_RSM (2)", foglio "2.3.R4 RICOVERI" si chiede conferma che il dettaglio della garanzia ricovero con e senza intervento sia riferito ai soli Caponucleo Dipendenti, per le annualità 2019, 2020 e 2021.

RISPOSTA

La statistica 15_RA021_22_PA_Polizza_RSM_Infortuni_Statistica_sinistri_RSM (2)", foglio "2.3.R4 RICOVERI" si riferisce sia al Caponucleo che familiari. Trattasi del dettaglio garanzia Ricovero.

80

Si chiede di fornire i premi complessivi distinti per Dipendente e per Familiari del Dipendente, relativi alle annualità 2019, 2020 e 2021.

RISPOSTA

	2019	2020	2021
PREMI DIPENDENTI	1.516.771,03	1.474.675,20	1.489.065,03
PREMI NUCLEI	261.000	261.000	€ 259.000

81

Si chiede di fornire relativamente alle annualità 2019, 2020 e 2021 e quella da assicurare:

- il numero dei Dipendenti single;
- il numero dei nuclei familiari;
- il numero dei componenti del nucleo; distinto per età e sesso.

RISPOSTA

	2019	2020	2021
Nr.Dipendenti single	2454	2459	2535
Nr adesioni nucleo	261	261	259

- il numero dei componenti del nucleo; distinto per età e sesso non è un dato in nostro possesso

82

Si chiede conferma che la Contraenza del contratto sia la Cassa.

RISPOSTA

Il contratto sarà sottoscritto dal fornitore e dalla Stazione appaltante.

83

In riferimento all'art. 3.2 OPZIONI E RINNOVI, si chiede conferma che l'opzione di rinnovo sia non vincolante per la Compagnia.

RISPOSTA

Si rimanda alla risposta al quesito 16.

84

Si chiede conferma che la Copertura Integrativa Dirigenti sia rivolta solo al Dirigente single ed al Dirigente con nucleo familiare.

RISPOSTA

Si Conferma

85

Si chiede conferma che non ci sia una Copertura Integrativa per il Dipendente ed il relativo nucleo familiare.

RISPOSTA

E' prevista solo la formula ad adesione volontaria di estensione della copertura Nucleo Familiare del Dipendente

86

Nel caso di Copertura Integrativa per il Dipendente e relativo nucleo, si chiede di fornire per le annualità 2019, 2020 e 2021, con l'indicazione dell'ultima data di aggiornamento, e distinta tra Dipendente single e nucleo familiare del Dipendente:

- a) il numero di assicurati, distinto tra numero dipendenti single e numero nuclei e numero familiari;
- b) il premio unitario per il Dipendente single e per il nucleo familiare del Dipendente;
- c) il premio complessivo per il Dipendente single e per il nucleo familiare del Dipendente;
- d) il dettaglio dell'importo richiesto, liquidato e riservato distinto per ciascuna garanzia, tra sinistri erogati presso strutture convenzionate, sinistri rimborsati in regime rimborsuale presso strutture non convenzionate e sinistri rimborsati mediante tickets sanitari;
- e) il numero dei sinistri distinto per ciascuna garanzia, tra sinistri erogati presso strutture convenzionate, sinistri rimborsati in regime rimborsuale presso strutture non convenzionate e sinistri rimborsati mediante tickets sanitari.

RISPOSTA

Si leggano i dati riportati ai punti precedenti. Per quanto ai dati statistici rimandiamo la lettura ai file pubblicati relativi alla statistica sx, rappresentano tutti i dati forniti dalla compagnia in corso.

87

In riferimento al punto 6.4 REQUISITI DI ESECUZIONE (PER LA POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE) del Disciplinare di gara e nello specifico circa la disponibilità di strutture sanitarie in misura non inferiore a quanto di seguito indicato:

Rete nazionale di dentisti e studi odontoiatrici convenzionati che applicano per le prestazioni in tariffario agevolato rispetto ai prezzi praticati al pubblico: almeno 1500 soggetti convenzionati su tutto il territorio nazionale, con non meno di:

1. soggetto per province aventi numero di abitanti compreso tra 0 e 100.000;
2. soggetti per province aventi numero di abitanti compreso tra 100.001 e 200.000;
3. soggetti per province aventi numero di abitanti compreso tra 200.001 e 300.000;
4. soggetti per province aventi numero di abitanti compreso tra 300.001 e 400.000;
5. soggetti per province aventi numero di abitanti superiore a 400.001;

Si chiede se, data la particolarità strutturale di alcuni territori, il requisito possa ritenersi soddisfatto se venga rispettato il dato medio su base regionale sulla quale insistono le eventuali province non coperte.

RISPOSTA

Si Conferma

88

Si richiede di confermare:

1. in merito ai "Criteri e modalità di rimborso" ex art. 54 del Capitolato Rimborso Spese Mediche, che la richiesta h 24 del numero verde possa essere assolta dalla disponibilità negli orari di ufficio (e cioè dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00), ferma restando la disponibilità del portale web;
2. che la tempistica di 3 giorni indicata all'art. 54 del Capitolato Rimborso Spese Mediche, lett. B "Pre-attivazione", si intende a carico dell'assicurato;
3. se l'obbligo di fornire una APP, possa essere assolta dal portale web ottimizzato per l'utilizzo da tutti i dispositivi mobili;
4. che la richiesta di reportistica possa essere assolta dall'elenco delle richieste presenti nell'Area Riservata del sito.

RISPOSTA

1. Si Conferma
2. La tempistica espressa è a carico della Compagnia di assicurazioni
3. Già previsto dall'art. 55
4. No

89

Buongiorno,

in riferimento alla procedura in termini, con la presente si richiedono i seguenti chiarimenti:

Con riferimento ai dati statistici forniti chiediamo di poter indicare per ogni annualità precedente il numero totale degli eventi ricovero.

Distinti saluti.

RISPOSTA

La compagnia in corso fornisce i dati espressi in numero di prestazioni.

90

Spett.le Stazione Appaltante,

siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti ulteriori richieste di chiarimento in relazione alla procedura in oggetto:

1. All'art. 51 del capitolato RSM viene nominato l'Allegato 1 (elenco dei grandi interventi) che non è tra i documenti di gara. Si chiede alla spett.le Stazione Appaltante di poter ricevere l'Allegato 1 richiamato.
2. Si chiede conferma che la gestione delle anagrafiche tramite il broker valga anche per le estensioni volontarie.

RISPOSTA

1. L'ALL 1 sarà fornito dall'impresa aggiudicataria.
2. Si Conferma

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO PER LA
FASE DI AFFIDAMENTO
ING. GIUSEPPE DI GREGORIO

