

**Quesito n. 1. Si chiede indicazione dei premi annui lordi delle ultime 3 annualità assicurative.**

Risposta: l'attuale piano di assistenza sanitaria integrativa per il personale ANAC con decorrenza 30.09.2021 e scadenza al 30.09.2024 prevede i seguenti corrispettivi:

- a) € 1.862,25 quale contributo pro capite, annuo, lordo (comprensivo degli oneri fiscali nonché della quota associativa) per i dipendenti in servizio presso l'Autorità ed i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico;
- b) € 500,00, quale contributo pro capite, annuo, lordo (comprensivo degli oneri fiscali nonché della quota associativa), per i familiari non fiscalmente a carico.

**Quesito n. 2. Con riferimento a ciascuna delle ultime 3 annualità assicurative, si chiede di indicare**

**a. Numero di dipendenti assicurati**

**b. Numero di familiari fiscalmente a carico assicurati**

**c. Numero di familiari non fiscalmente a carico assicurati**

Risposta:

ANNO 2021 -2022:

- Numero dipendenti assicurati 304
- Numero di familiari fiscalmente a carico 266
- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 75

ANNO 2022 – 2023

- Numero di dipendenti assicurati 318
- Numero di familiari fiscalmente a carico 292
- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 79

ANNO 2023 – 2024

- Numero di dipendenti assicurati 330
- Numero di familiari fiscalmente a carico 293
- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 79

(v. rettifica di cui alla risposta al quesito n. 59)

**Quesito n. 3. Con riferimento al Capitolato tecnico, art. 5 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, si chiede conferma che per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi:**

**a. il massimale annuo di € 400,00 per nucleo familiare debba intendersi quale sottolimito del massimale di € 1.500,00 per anno e nucleo familiare previsto per le Prestazioni Specialistiche di cui all'art. 5**

**b. gli scoperti/franchigie sia per l'accesso in forma Diretta sia per l'accesso in forma Indiretta si applichino per singola seduta fisioterapica/riabilitativa**

Risposta

- a) Si conferma quale sottolimito del massimale di € 1.500,00 per anno e nucleo familiare.
- b) Gli scoperti/franchigie sia per l'accesso in forma Diretta sia per l'accesso in forma Indiretta si applicano per ciclo di terapia fisioterapica/riabilitativa

**Quesito n. 4. Si chiede di fornire copia delle condizioni in corso**

Risposta: si integra la documentazione di gara con il Capitolato tecnico della polizza in corso

**Quesito n. 5. Analizzando la colonna “Garanzia Gad Sinistro” dei Report sinistri forniti sembra che molteplici garanzie presenti in polizza ad alta frequenza di accadimento non siano riportate. A titolo esemplificativo, sembra non ci siano sinistri afferenti Visite Specialistiche (sia in forma diretta che indiretta), Fisioterapia (sia in forma diretta che indiretta), Cure Dentarie (in forma diretta), Accertamenti Diagnostici (in forma diretta), Cure Oncologiche (in forma diretta). Si chiede di integrare i Report sinistri con le informazioni mancanti o con un livello di maggior dettaglio della garanzia colpita da ciascun sinistro.**

Risposta: I file in formato elettronico pubblicati sono quelli ufficiali trasmessi dalla Compagnia ai sensi dell’art. 10 – Reportistica dei sinistri” del Contratto sottoscritto tra la Stazione Appaltante e la Compagnia aggiudicataria il 23/09/2021. Non sono disponibili altri dati.

**Quesito n. 6.**

**Si chiede la statistica sinistri granulare per ciascun sinistro degli ultimi 3 anni di polizza con data di osservazione sx almeno al 31/07/24, con indicazione di:**

- a) Prestazione / tipo garanzia e categoria colpita (dipendente / fac e fnac);
- b) forme diretta e indiretta;
- c) importo richiesto, importo riservato e importo pagato;
- d) stato del sinistro (aperto, chiuso, chiuso senza seguito).

Risposta

- a) Dato non disponibile;
- b) I file relativi ai sinistri, pubblicati in piattaforma, contengono tale indicazione;
- c) I file relativi ai sinistri, pubblicati in piattaforma, contengono tale indicazione;
- d) Si faccia riferimento a quanto pubblicato.

**Quesito n. 7. Si chiede di conoscere i premi nucleo in corso e degli ultimi 3 anni dei dipendenti (dip+fac) e dei fnac**

Risposta: Si veda la risposta al quesito n. 1 pubblicata in data 5.09.2024 tra i documenti da consultare.

Si ribadisce comunque che l’attuale piano di assistenza sanitaria integrativa per il personale ANAC con decorrenza 30.09.2021 e scadenza al 30.09.2024 prevede i seguenti corrispettivi:

- a) € 1.862,25 quale contributo pro capite, annuo, lordo (comprensivo degli oneri fiscali nonché della quota associativa) per i dipendenti in servizio presso l’Autorità ed i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico;
- b) € 500,00, quale contributo pro capite, annuo, lordo (comprensivo degli oneri fiscali nonché della quota associativa), per i familiari non fiscalmente a carico.

**Quesito n. 8. Si chiede di conoscere il numero di nuclei (dip e fac) e numero dei nuclei (fnac) in corso e degli ultimi 3 anni di polizza.**

Risposta: Si veda la risposta al quesito n. 2 pubblicata in data 5.09.2024 tra i documenti da consultare.

**Quesito n. 9. I sinistri pubblicati sembrano non contenere le CURE DENTARIE in forma diretta, inoltre, le prestazioni VISITE SPECIALISTICHE / ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI sembrano essere accorpati sotto la voce ALTA DIAGNOSTICA.**

Risposta: i file relativi ai sinistri, pubblicati in piattaforma, sono gli originali ricevuti dalla Compagnia aggiudicataria. Si segnala la presenza della voce Accertamenti Diagnostici distinta dalla voce Alta Diagnostica.

**Quesito n. 10. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 10 "SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET", ad entrambe le lett. c) e d) si legge "...Resta inteso che in caso di emergenza il Servizio Assistenza non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto, il Servizio Assistenza potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti medici con l'Assicurato". Tenendo conto della modalità organizzativa del Servizio di 118, si specifica che il Servizio di Assistenza non potrà organizzare e coordinare l'intervento del servizio stesso, in quanto la persona che chiama deve necessariamente trovarsi sul luogo dell'emergenza:**

- per fornire indicazioni in merito alle funzioni vitali della persona interessata all'emergenza e di carattere logistico all'operatore del 118;
- per attivare l'invio dell'ambulanza dal luogo corretto dell'emergenza (a titolo di esempio si evidenzia che non è possibile chiamare il servizio di 118 da Bologna per mandare un'ambulanza presso un'altra provincia).

**In considerazione di quanto riportato sopra ed al fine di garantire la più ampia partecipazione degli operatori economici di mercato, si chiede conferma che l'ultimo capoverso sia della lettera c) che della lettera d) dell'articolo 10, possa ritenersi come non applicabile.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 11. Nell'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. "5 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", non è specificato come deve essere applicata la franchigia di 30€. Si chiede quindi conferma che in rete la franchigia dovrà essere applicata per prestazione in caso di visita o accertamento e per ciclo in caso di trattamenti fisioterapici.**

Risposta: Si conferma che in rete la franchigia dovrà essere applicata per prestazione in caso di visita o accertamento e per ciclo in caso di trattamenti fisioterapici.

**Quesito n. 12. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 10 "SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET", si chiede conferma che la centrale operativa debba essere operante 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 per le sole prestazioni con carattere di urgenza di cui ai punti b), c) e d). Per la prenotazione di prestazione sanitarie di cui al punto a) si chiede conferma che si possa considerare come operante 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 la richiesta tramite sito internet e app, mentre il servizio telefonico possa ritenersi operante dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 13. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3.8 "INDENNITA' SOSTITUTIVA", si chiede conferma che, in caso di richiesta di day hospital con pre e post ricovero, al fine di una corretta valutazione, le fatture di pre e post ricovero debbano essere inviate in un'unica soluzione contestualmente alla richiesta di indennità.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 14. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3.4 "TRASPORTO SANITARIO", si chiede conferma la copertura sia prevista a seguito di ricovero/day hospital indennizzabili a termini di polizza.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 15. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3.5 "RIMPATRIO DELLA SALMA", si chiede conferma la copertura sia prevista a seguito di ricovero indennizzabile a termini di polizza.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 16.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 5 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", si chiede conferma che la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, sia necessaria sia per le visite specialistiche sia per gli accertamenti diagnostici.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 17.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 5 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", in relazione ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, si chiede conferma che le prestazioni debbano essere prescritte da medici regolarmente iscritti all'albo – o il medico "di base" o uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa e che non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 18.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 4 "ALTA SPECIALIZZAZIONE", si legge "E' previsto il rimborso delle spese per le seguenti prestazioni (indicate a titolo esemplificativo)..". si chiede conferma che la dicitura "a titolo esemplificativo" sia un refuso e che le prestazioni previste nella suddetta garanzia siano solo quelle indicate nell'elenco riportato all'articolo stesso.

Risposta: Si conferma che le prestazioni previste nella suddetta garanzia non sono solo quelle indicate nell'elenco riportato all'articolo stesso.

**Quesito n. 19.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 4 "ALTA SPECIALIZZAZIONE", si chiede conferma che la copertura sia prevista per prestazioni extra-ospedaliere eseguite a fini diagnostici.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 20.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 9 "CURE DENTARIE", si chiede conferma che lo scoperto e la franchigia previsti si debbano intendere:

per autorizzazione/presa in carico – corrispondente all'insieme delle prestazioni ricomprese nel medesimo piano di cura – nel caso di sinistri in Strutture convenzionate con la Società; **SI CONFERMA**

per fattura/persona in caso di rimborso per prestazioni odontoiatriche/ortodontiche eseguite in Strutture non convenzionate.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 21.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 9 "CURE DENTARIE", si chiede conferma che la dicitura "franchigia minima" debba essere intesa come "minimo non indennizzabile".

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 22.** In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3 "PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE, sezione 3.7 "MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", lett. a), si legge "Intervento chirurgico ambulatoriale: franchigia euro 100,00". Si chiede conferma che la franchigia vada applicata per evento.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 23. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3 "PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE, sezione 3.7 "MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", lett. b), si legge: "Intervento chirurgico ambulatoriale: 35%, con minimo euro 200,00". Si chiede conferma che il minimo vada applicato per evento.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 24. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3 "PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE, sezione 3.7 "MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", lett. c), si legge: "1) per il ricovero, si applica il punto 3.7 a);". Si chiede conferma che il punto faccia riferimento ai ricoveri chirurgici in contrapposizione a quello seguente dove si parla invece di quelli medici.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 25. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3 "PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE, sezione 3.7 "MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", lett. a), si legge: "Ricoveri/Day Hospital con o senza intervento chirurgico: scoperto del 15% con un minimo di euro 750,00;". Si chiede conferma che il minimo vada applicato per evento.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 26. In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico", art. 3 "PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE, sezione 3.7 "MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", lett. b), si legge: "Ricoveri/Day Hospital con o senza intervento chirurgico: 35%, con minimo di euro 1.500,00". Si chiede conferma che il minimo vada applicato per evento.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 27. Si chiede conferma che la quota di adesione alla Cassa di Assistenza Sanitaria si intenda ricompresa all'interno dei contributi versati dall'Autorità.**

Risposta: Si conferma quanto indicato nelle definizioni del "Capitolato tecnico" e pertanto i contributi non differiscono dai premi. A tal fine la quota di adesione alla Cassa di Assistenza Sanitaria si intende ricompresa all'interno dei contributi versati dall'Autorità. La quota di adesione dovrà essere esplicitata in sede di gara.

**Quesito n. 28. Si chiede conferma che il CCNL di riferimento sia il seguente: ANIA codice alfanumerico J121**

Risposta: Si conferma che, come indicato all'art. 3 del Disciplinare di gara, in relazione alle prestazioni da eseguire strettamente connesse all'oggetto dell'appalto, è stato individuato ai sensi dell'art. 11, commi 1 e 2, d.lgs. n. 36/2023, come contratto collettivo nazionale di riferimento, il CCNL per il personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione/assistenza, che il fornitore del servizio si obbliga ad applicare nei confronti del personale impiegato nell'appalto.

**Quesito n. 29. Si chiede conferma che in sede di gara nella busta amministrativa non occorre inserire il patto di integrità compilato e sottoscritto.**

Risposta: Il concorrente dovrà presentare nella documentazione amministrativa il patto di integrità debitamente compilato e sottoscritto.

**Quesito n. 30. Con la presente siamo a richiedere di indicare eventuali costi di pubblicità della presente procedura.**

Risposta: Per la presente procedura non sono stati sostenuti costi per la pubblicità legale.

**Quesito n. 31. Con particolare riferimento all'art. 9 punto 5 della bozza di contratto, segnaliamo sin d'ora che in materia di disciplina in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) - Ruolo soggettivo dell'impresa assicurativa nell'ambito dei bandi di gara per l'affidamento dei servizi assicurativi - a seguito dell'applicazione del Regolamento UE 2016/79, ed il successivo parere del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 9169688, le Compagnie di Assicurazioni rivestono unicamente il ruolo di autonomo titolare del trattamento.**

Risposta: Alla luce di quanto espresso dal Garante per la protezione dei dati personali nel documento "Ruolo soggettivo dell'impresa assicurativa nell'ambito dei bandi di gara per l'affidamento dei servizi assicurativi" (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019) e a parziale rettifica di quanto indicato all'art. 9 dello Schema di contratto, si chiarisce che l'aggiudicatario della presente procedura assumerà il ruolo di autonomo titolare del trattamento dei dati.

**Quesito n. 32. Si chiede conferma che se il concorrente adotta il CCNL ANIA per il personale non dipendente delle imprese di assicurazione - cod. Cnel J121 (oltre al J111 per il personale dirigente), tale CCNL sia coincidente a quello richiesto dalla Stazione Appaltante (e quindi non debba esserne indicata l'equivalenza, ma la coincidenza).**

Risposta: v. risposta al precedente quesito n. 28

**Quesito n. 33 Si chiede conferma che, con riferimento all'iscrizione all'Anagrafe della Cassa che la Compagnia deve mettere a disposizione, il requisito sia rispettato se è iscritta per l'anno precedente e ha presentato domanda di rinnovo per il 2024.**

Risposta: Il requisito deve essere posseduto almeno dal 2023 e dovrà essere garantito per tutto il periodo dell'appalto.

**Quesito n. 34 Si chiede conferma che, in relazione all'ultimo alinea della lettera a) del § 6.3 del Disciplinare "Requisiti di Capacità Tecnica e Professionale", la rete convenzionata non debba essere migliorata nell'offerta tecnica, la quale non presenta sezioni dedicate al network sanitario.**

Risposta: Si conferma.

**Quesito n. 35. In relazione alla lettera b) del § 6.3 del Disciplinare, si chiede conferma che si configuri come disponibilità diretta di una Cassa (e quindi non si debba ricorrere all'istituto dell'avvalimento), la situazione per cui la Cassa di riferimento è promossa dal concorrente e/o comunque preveda a livello statutario, per l'adempimento dei propri fini istituzionali, il ricorso al sistema assicurativo, mediante apposite convenzioni con la Compagnia concorrente.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 36.** Con riferimento al § 9, lettera d) del Disciplinare “Garanzia Provvisoria” si chiede conferma che il requisito si intenda posseduto se la certificazione attesta che la Compagnia concorrente è inclusa nella certificazione di Gruppo ottenuta in conformità alla norma ISO 45001:2018.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 37.** All’art. 9, comma 5 (Trattamento dei dati personali) dello Schema di contratto si prevede che l’aggiudicatario sarà nominato “Responsabile del trattamento”. Si ritiene che la qualificazione corretta sia quella di “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: v. risposta al quesito n. 31.

**Quesito n. 38.** Con riferimento al § C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE del Capitolato Tecnico, si chiede conferma che si debba dare per non apposto il seguente inciso, che sembrerebbe riferito ai rimborsi, o in alternativa di poter specificarne la portata: *Per tutte le prestazioni Extra-ospedaliere ovvero per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte della Cassa o della Compagnia, il rimborso delle stesse avverrà entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.*

Risposta: Si conferma che l’inciso in questione si deve intendere come non apposto. Si rinvia a quanto previsto al riguardo nel par C.1.

**Quesito n. 39.** Capitolato Tecnico, Definizioni. Alla definizione di “Assicurato o Assistito”, tra i componenti del nucleo familiare non a carico, risulta menzionato anche il convivente *more uxorio*. La scrivente impresa di assicurazione – anche a seguito di rilievi formulati dall’IVASS nell’ambito di recenti sondaggi sulla trasparenza dei contratti assicurativi – sta eliminando questo termine dai propri testi contrattuali, sostituendolo con quello di “convivente di fatto”. Tale termine consente sia di evitare il ricorso a un latinismo – non gradito alla Vigilanza in un’ottica di chiarezza e semplificazione contrattuale – sia di garantire maggiore chiarezza e precisione, in quanto rinvia alla definizione di “convivenza di fatto” formalizzata all’art. 1, comma 36, della legge n. 76/2016, ossia la situazione di “*due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un’unione civile*”, ossia ciò che normalmente si è sempre inteso utilizzando il termine di convivente *more uxorio*. Si chiede pertanto se, in caso di aggiudicazione del bando di gara, sia possibile operare tale sostituzione nel testo delle condizioni di assicurazione.

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 40.** Capitolato Tecnico, Definizioni. Alla definizione di “Guida al Piano Sanitario” si legge: “*Tale documento dovrà essere prodotto dalla Contraente o dalla Società e messo a disposizione degli Assistiti beneficiari*

*entro la data di decorrenza ed attivazione del piano di assistenza.”* La scrivente manifesta alcune perplessità. L'invio diretto di materiale, per quanto non contenente dati particolari, espone comunque al rischio che tale documentazione possa pervenire a soggetti non legittimati a riceverla, oltre a comportare eventuali implicazioni in materia di sicurezza informatica. In tali casi la prassi normalmente adottata è quella di mettere tale documentazione, oltre al set informativo, a disposizione della società – in questo caso ANAC – in modo che sia questa, internamente, a farla pervenire ai propri dipendenti (es. tramite pubblicazione in una sezione del proprio sito web). Si chiede pertanto se sia possibile considerare tale modalità di messa a disposizione del materiale anziché l'invio di cui si parla nel paragrafo riportato.

Risposta: Si conferma la modalità di trasmissione proposta.

**Quesito n. 41. Capitolato Tecnico, art. 3.1, lett. a).** Con riferimento alle prestazioni eseguite nei 100 giorni antecedenti al ricovero, si chiede se sia corretto considerarle indennizzabili solamente quando, al momento della loro esecuzione, sia già nota l'esigenza di disporre il ricovero – con data già fissata – e pertanto tali prestazioni risultino collegate al successivo evento (ricovero/intervento) già al momento della loro prescrizione da parte del professionista sanitario. Sarebbero pertanto escluse dal novero delle prestazioni “pre-ricovero”, ai sensi della presente garanzia, quelle prestazioni al cui esito emergesse la necessità di disporre un ricovero o eseguire un intervento: tali prestazioni verrebbero eventualmente indennizzate nell'ambito della garanzia delle “extraospedaliere”, qualora previste.

Risposta: La richiesta non è accoglibile e pertanto si ribadisce quanto indicato nel Capitolato Tecnico.

**Quesito n. 42. Capitolato Tecnico, art. 3.1, lett. e).** Con riferimento alle prestazioni post ricovero, si chiede di precisare se le stesse, per essere indennizzate, debbano avvenire in vigenza di copertura oppure se il termine di 100 giorni entro le quali risultano indennizzabili valga anche quando tali prestazioni siano eseguite a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero terminato in vigenza di copertura.

Risposta: Si conferma che il termine di 100 giorni entro le quali risultano indennizzabili vale anche quando tali prestazioni siano eseguite a polizza scaduta.

**Quesito n. 43. Capitolato Tecnico, art. 10, lett. a).** Si legge: *“La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano di assistenza sanitaria integrativa in forma diretta nelle strutture convenzionate”*. si chiede se il suddetto requisito possa ritenersi soddisfatto con la messa a disposizione all'Assicurato di un servizio, fruibile anche da web e da app, tramite il quale lo stesso visualizzi tutti i centri convenzionati disponibili, filtrabili anche a seconda delle prestazioni sanitarie erogate dagli stessi, e chiedi alla Centrale operativa, sempre via web, l'autorizzazione allo svolgimento della prestazione di cui abbia bisogno. Una volta ottenuta l'autorizzazione, però, sarebbe l'Assicurato stesso a dover contattare la struttura selezionata, normalmente per telefono, e prenotare l'appuntamento, senza che fosse la Società a svolgere tale attività.

Risposta: La richiesta non può essere accolta.

**Quesito n. 44.** Con riferimento ai files contenenti il dato sui sinistri si chiede:

la data di aggiornamento dei dati;

se i dati contengono solo i sinistri relativi al personale e relativi familiari rientranti nel nucleo oppure includano anche ai familiari non a carico. In ogni caso, si chiede di ricevere separata indicazione dei sinistri dei familiari non a carico.

Risposta

la data di aggiornamento è il 31/03/2024

Si conferma che i dati contengono i sinistri relativi al personale e relativi familiari rientranti nel nucleo e includono anche i familiari non a carico. La Stazione Appaltante non è in possesso dei dati dei sinistri dei familiari non a carico in modalità stand alone.

**Quesito n. 45. Si chiede di ricevere indicazione dei premi annui con dettaglio separato dei premi annui per nucleo e dei premi annui per i familiari non a carico specificando se si tratta di premi lordi o netti imposte.**

Risposta: si veda la risposta al quesito n. 1 precedentemente pubblicata; come ivi indicato si tratta di premi annui lordi

**Quesito n. 46. In merito alla durata contrattuale si chiede se sia prevista al termine del biennio la proroga tecnica. Nel caso di risposta affermativa se ne chiede la durata e se sia premi che i massimali dovranno intendersi ricalibrati sulla durata della proroga (esempio: proroga semestrale sia massimali che premi ridotti del 50%).**

Risposta: Si conferma che è prevista la sola proroga tecnica ex art. 120, comma 11, del Codice. In caso di proroga tecnica, sia i premi che i massimali saranno ricalibrati in base alla durata della proroga.

**Quesito n. 47. Si chiede conferma che la Contraenza del contratto è la Cassa di Assistenza.**

Risposta: Si conferma

**Quesito n. 48. Si chiede conferma che non è ammessa la Coassicurazione.**

Risposta: Si conferma.

**Quesito n. 49 Si chiede di indicare la data di decorrenza del nuovo contratto.**

Risposta: Come indicato al par. 3.1 del Disciplinare di gara la data di decorrenza dell'appalto ricadrà presumibilmente negli ultimi mesi dell'anno solare 2024.

**Quesito n. 50. Si chiede conferma che la durata del contratto è fissata a 2 anni.**

Risposta: Si conferma.

**Quesito n. 51. Si chiede conferma che non è previsto rinnovo della copertura.**

Risposta: E' prevista la sola proroga tecnica ex art. 120, comma 11, del Codice.

**Quesito n. 52. Si chiede di fornire il capitolato attualmente in corso.**

Risposta: Si fa presente che tra la documentazione amministrativa è presente il file "Capitolato tecnico polizza 2021-24" .

**Quesito n. 53. Nell'allegato di OFFERTA TECNICA, si fa riferimento ai punti 3.7, 4, 5, 7, 8, 9 del capitolato tecnico, ma nella documentazione non è presente questo documento. Si chiede di fornirlo.**

Risposta: Il capitolato tecnico è stato regolarmente pubblicato (v. file All. 3 Capitolato tecnico).

**Quesito n. 54. In riferimento alle prestazioni indicate nell'allegato Report\_sintetico\_andam\_tecnico, si chiede:  
di indicare il massimale dell'Alta diagnostica, previsto nel capitolato attualmente in vigore e in quello di gara  
di indicare il massimale delle Visite specialistiche e accertamenti diagnostici, previsto nel capitolato attualmente in vigore e in quello di gara (c.s.)**

**di indicare il massimale delle cure dentarie, previsto nel capitolato attualmente in vigore e in quello di gara (c.s.)  
per le cure dentarie previsto nel capitolato attualmente in vigore, di fornire il dettaglio della tipologia di prestazione previsto in copertura con il relativo scoperto applicato. (c.s.)**

**per le cure dentarie, conferma che anche nel capitolato attualmente in vigore, non è prevista l'erogazione delle prestazioni fuori rete.**

**Per l'area ricovero, si chiede di fornire le ulteriori prestazioni comprese all'interno con le relative condizioni, ad esempio se è previsto anche ricovero per grandi interventi ed eventi morbosi, intervento ambulatoriale, day hospital, parto naturale, parto cesareo e aborto, pre e post, retta di degenza ecc.**

Risposta:

Si deve far riferimento ai documenti già pubblicati (v. "All. 3 Capitolato tecnico" e "Capitolato tecnico polizza 2021-24") presenti nella documentazione amministrativa;

V. risposta punto precedente;

V. risposta punto a;

V. risposta punto a;

Le cure dentarie, come da capitolato attualmente in vigore, prevedono l'erogazione delle prestazioni anche fuori rete;

Le prestazioni in area ricovero sono limitate solo nell'ambito delle eventuali esclusioni presenti nel capitolato.

**Quesito n. 55. Si chiede conferma che non è prevista un'offerta economica a ribasso e che i premi a basta d'asta rimangono inalterati.**

Risposta: Si conferma.

**Quesito n. 56. Si chiede di fornire il premio unitario annuo lordo relativo alle annualità 2021, 2022, 2023 e 2024 distinto tra:**

**Dipendente**

**Familiari fiscalmente a carico**

**Familiari fiscalmente non a carico.**

Risposta: Si veda la risposta al quesito n. 1 già pubblicata

**Quesito n. 57. Si chiede di fornire le teste sottorischio relative alle annualità 2021, 2022, 2023 e 2024 distinte tra:**

**Dipendente**

**b. Familiari fiscalmente a carico**

**Familiari fiscalmente non a carico.**

Risposta: Si rinvia al quesito n. 59

**Quesito n. 58. Si chiede di fornire i premi di competenza dal 2021 al 2024 distinto per:**

**Dipendente**

**Familiari fiscalmente a carico**

**Familiari fiscalmente non a carico.**

Risposta: Si rinvia alla risposta al quesito n. 1

**Quesito n. 59. Si chiede di fornire la distribuzione della popolazione distinta per categoria, età e sesso.**

Risposta: Si pubblica tra i documenti amministrativi il file excel “Anagrafica iscritti 2023-2024” con la distribuzione richiesta.

Con l’occasione si fa presente che la risposta al quesito n. 2 (con riferimento ai dati degli iscritti per la sola annualità 2023-24) è rettificata come di seguito riportato:

ANNO 2023 – 2024

- Numero di dipendenti assicurati 330

- Numero di familiari fiscalmente a carico 288

- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 80

I dati delle annualità 2021-2022 e 2022-2023 sono confermati.

**Quesito n. 60. In riferimento ai report sinistri forniti si chiede:**

**di indicare la data di aggiornamento per ciascuno**

**di indicare la Compagnia di Assicurazione che gestisce il rischio.**

**di indicare la data di decorrenza**

**se i sinistri sono imputabili sia ai dipendenti che ai familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico**

**di indicare per ciascuna annualità di polizza il premio di competenza.**

Risposta:

Il singolo report è aggiornato alla data di estrazione, a termini dell’art. 10 – Reportistica sinistri del “Contratto” in vigore

Generali Italia Spa

Ore 00,00 del 01/10/2021

Si conferma

Si veda la risposta al quesito n. 1

**Quesito n. 61. Con riferimento al Patto di integrità si segnala che compilando il modulo la firma digitale apposta per l’Autorità dal Segretario Generale si perde. Si chiede se la stazione appaltante preferisca che a) il concorrente presenti il Patto di integrità compilato e firmato digitalmente dalla Compagnia, anche se si perde la firma originaria dell’Autorità oppure b) che il concorrente controfirmi il documento già firmato dall’Autorità senza compilazione dei dati anagrafici della Compagnia.**

Risposta: E’ comunque necessario che il Patto di integrità sia compilato e firmato digitalmente dall’operatore economico.