

PROCEDURA APERTA AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.LGS 36/2023 PER L'AFFIDAMENTO DI UNA COPERTURA ASSICURATIVA FINALIZZATA ALLA PRESTAZIONE DI SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA – ASI, IN FORMA DI CONVENZIONE A FAVORE DEGLI ISCRITTI AGLI ENTI PREVIDENZIALI ASSOCIATI A EMAPI. CIG: B032350BBC

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.1

Quesito 1.1

Con riferimento a pagina 31 del Capitolato, si chiede conferma che, trattandosi della Sezione Garanzie "A" GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI, le prestazioni di cui all'art. 3.5 - Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale siano garantite solo nell'ambito dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Elenco I (Allegato I) e dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco II (Allegato II).

Chiarimento 1.1

Si conferma.

Quesito 1.2

Con riferimento all'art. 3.5 - Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale, di cui a pagina 31 del Capitolato, si chiede conferma che per l'intervento chirurgico ambulatoriale non sia prevista, mancando, per la natura di tale prestazione, la degenza comportante pernottamento e documentata da cartella clinica, la corresponsione di alcuna indennità sostitutiva anche nel caso in cui l'Assicurato non presenti per tali spese richiesta di rimborso a carico della presente polizza.

Chiarimento 1.2

Si conferma.

Quesito 1.3

Con riferimento all'art. 4 - Cure per il neonato nel primo mese di vita, a pagina 52 del Capitolato, si legge: "La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 60° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.". Si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare il premio pro-capite annuo lordo previsto per il neonato. Si pone la medesima richiesta anche con riferimento all'art. 9 - Cure per il neonato nel primo mese di vita di cui a pagina 61 del Capitolato.

Chiarimento 1.3

Con riferimento al quesito posto si conferma che il premio per il neonato è da intendersi quello per 1 familiare (primo familiare se nucleo da due, ivi compreso il professionista; o familiare incrementale se è già stato versato il premio per un nucleo superiore a due persone, sempre ivi compreso il professionista).

Il premio verrà poi conteggiato in base alla data di inserimento in copertura del familiare stesso, così come stabilito nel Capitolato.

Quesito 1.4

Con riferimento all'art. 9 – Garanzia Aggiuntiva – A.4 Pacchetto Maternità, di cui a pagina 38 del Capitolato, si legge:

"La presente Garanzia Aggiuntiva è prestata, in alternativa:

- al professionista assicurato in forma collettiva, se donna;

- alla coniuge/convivente, se per questa è stata attivata la Garanzia A"

Poiché all'art. 9.1 – Premio per Garanzia Aggiuntiva A.4 Pacchetto Maternità si legge: “Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 9 – Garanzia Aggiuntiva - A.4 Pacchetto Maternità, è pari a € 14,00 per ogni assicurato (iscritto ad una Cassa o Ente di previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva alla Sezione Garanzie A).”, si chiede conferma che la Cassa/Ente che farà richiesta della presente garanzia aggiuntiva A.4 Pacchetto Maternità pagherà il premio per tutti gli assicurati anche se uomini senza coniuge/convivente donna.

Chiarimento 1.4

Si conferma.

Quesito 1.5

Con riferimento all'art 18.3. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA ECONOMICA del Disciplinare, si chiede conferma che i punteggi economici massimi attribuibili indicati nelle definizioni di PEAm_{max}, PEB_{max}, PEC_{max}, PED_{max}, PEE_{max}, in corrispondenza delle formule in base alle quali verrà attribuito il punteggio per ciascuno dei premi oggetto di ribasso, siano sbagliati e che per gli stessi occorra far riferimento ai punteggi massimi indicati nella tabella a pagina 45 al medesimo art.18.3. In altre parole, a titolo esemplificativo, in corrispondenza dell'“Elemento a) Premio – Garanzia A” si legge: “PEAm_{max} – Punteggio economico massimo attribuibile, pari a 14 punti”; si chiede conferma che “14 punti” sia un refuso e che l'indicazione corretta sia “22 punti”, e che lo stesso valga anche per gli altri elementi b), c), d) e) per i quali i punteggi massimi attribuibili sono rispettivamente 5, 4, 4, 5.

Chiarimento 1.5

Si confermano i punteggi massimi indicati al punto 18.3 del disciplinare, come formulati nella tabella riportata a pagina 45 del medesimo documento. Pertanto, con riferimento a:

- Elemento a) Premio – Garanzia A, il punteggio economico massimo attribuibile è pari a 22 punti;
- Elemento b) Premio – Garanzia A.3 Pacchetto Check Up, il punteggio economico massimo attribuibile è pari a 5 punti;
- Elemento c) Premio – B1 Smart, il punteggio economico massimo attribuibile è pari a 4 punti;
- Elemento d) Premio – B2 Plus, il punteggio economico massimo attribuibile è pari a 4 punti;
- Elemento e) Premio – Garanzia C, il punteggio economico massimo attribuibile è pari a 5 punti.

Quesito 1.6

Con riferimento all'Elemento a) Garanzia A – Franchigia e scoperto, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare si legge: “Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 500 e massimo non indennizzabile di € 3.000 – Opzione sostitutiva 2: Riduzione dello scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 300 e massimo non indennizzabile di € 2.000”.

Si chiede cortese conferma che, scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 15% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 800 ad € 500 e il massimo da € 4.000 ad € 3.000, mentre scegliendo l'opzione sostitutiva 2 si mantenga lo scoperto del 15% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 800 ad € 300 e il massimo da € 4.000 ad € 2.000.

Chiarimento 1.6

Si conferma (le varianti mantengono ferma la percentuale di scoperto e variano soltanto minimo e massimo non indennizzabili).

Quesito 1.7

Con riferimento all'Elemento n) Garanzia B1 Smart e Garanzia B2 Plus – Franchigia e Scoperto, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: "Mantenimento dello scoperto del 20% con minimo indennizzabile di € 1.500 e massimo di € 4.500". Si chiede conferma che l'indicazione "minimo indennizzabile" sia un refuso e che la Stazione Appaltante volesse indicare "minimo non indennizzabile".

Inoltre, al medesimo articolo si legge: "Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto a 20% con minimo non indennizzabile di € 1.000 e massimo non indennizzabile di € 3.000". Si chiede cortese conferma che scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 1.500 ad € 1.000 e il massimo da € 4.500 ad € 3.000.

Chiarimento 1.7

Per quanto riguarda il primo quesito si conferma il refuso, la tabella relativa all'Elemento n) Garanzia B1 Smart e Garanzia B2 Plus – Franchigia e Scoperto (pag. 41 del disciplinare), va pertanto intesa nei seguenti termini:

Opzioni	Descrizione	Punteggio attribuito
Come da capitolato	Mantenimento dello scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 1.500 e massimo non indennizzabile di € 4.500	0 punti
Opzione sostitutiva 1	Riduzione dello scoperto a 20% con minimo non indennizzabile di € 1.000 e massimo non indennizzabile di € 3.000	3 punti

Per quanto riguarda il secondo quesito, si conferma (la variante mantiene fermo la percentuale di scoperto e variano soltanto minimo e massimo non indennizzabili).

Quesito 1.8

Con riferimento all'Elemento q) Garanzia B2 Plus – Extraospedaliere e domiciliari, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: "Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto al 20% con minimo non indennizzabile di € 50". Si chiede cortese conferma che scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riduca il minimo non indennizzabile da € 70 ad € 50.

Chiarimento 1.8

Si conferma (la variante mantiene ferma la percentuale di scoperto e varia soltanto il minimo non indennizzabile).

Quesito 1.9

Con riferimento all'Elemento s) Garanzia B2 Plus – Extraospedaliere e domiciliari, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: "Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto al 20% con minimo non indennizzabile di € 40". Si chiede cortese conferma che scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riduca il minimo non indennizzabile da € 60 ad € 40.

Chiarimento 1.9

Si conferma (la variante mantiene ferma la percentuale di scoperto e varia soltanto il minimo non indennizzabili).

Quesito 1.10

Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di ricevere le statistiche sinistri aggiornate al 31 gennaio 2024.

Chiarimento 1.10

Alla data di pubblicazione del Bando sono stati pubblicati i dati disponibili.

Quesito 1.11

Con riferimento all'art. 8 – Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up, di cui a pagina 37 del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni ivi previste ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 siano effettuabili dagli aventi diritto, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, una volta l'anno. Pertanto, si chiede ulteriore conferma che nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, venga effettuato il rimborso fino alla concorrenza dell'importo di € 250,00 da intendersi come disponibilità massima per assicurato e per annualità assicurativa.

Chiarimento 1.11

Si conferma.

Quesito 1.12

Con riferimento all'art. 5 Check Up, di cui a pagina 52 del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni ivi previste ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 siano effettuabili dagli aventi diritto, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, una volta l'anno. Pertanto, si chiede ulteriore conferma che nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, venga effettuato il rimborso fino alla concorrenza dell'importo di € 200,00 da intendersi come disponibilità massima per assicurato e per annualità assicurativa.

Chiarimento 1.12

Si conferma.

Quesito 1.13

Con riferimento all'art. 5 Check Up, di cui a pagina 60 del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni ivi previste ai punti 1, 2, 3, 4, 5 e 6 siano effettuabili dagli aventi diritto, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, una volta l'anno. Pertanto, si chiede ulteriore conferma che nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, venga effettuato il rimborso fino alla concorrenza dell'importo di € 250,00 da intendersi come disponibilità massima per assicurato e per annualità assicurativa.

Chiarimento 1.13

Si conferma.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.2**Quesito 2.1**

Si chiede conferma che, per i raggruppamenti temporanei non ancora costituiti, per le dichiarazioni di cui alle lettere a), b) e c) del paragrafo 15.4 del disciplinare di gara (p. 32) non serva produrre un documento ad hoc, considerato che le stesse sono già contenute nella domanda di partecipazione.

Chiarimento 2.1

Si conferma.

Quesito 2.2

Si chiede conferma che la certificazione ISO 45001 ai fini della riduzione della cauzione possa essere utilizzata dal concorrente se nella stessa è specificato che la Compagnia è inclusa nella certificazione di Gruppo.

Chiarimento 2.2

Ferme restando le autonome valutazioni del RUP sulla documentazione presentata in gara, si conferma che ai fini della riduzione della garanzia, la certificazione ISO 45001 dovrà risultare chiaramente intestata anche all'operatore economico concorrente.

Quesito 2.3

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.

Chiarimento 2.3

Si conferma.

Quesito 2.4

Si chiede conferma che per la comprova dei servizi analoghi di cui all'art. 6.3 del disciplinare di gara "Capacità tecnica e professionale" si possano fornire certificati di polizza firmati dalla Compagnia e dal Contraente contenenti l'indicazione dell'oggetto contrattuale, dell'importo dei premi e della data di esecuzione.

Chiarimento 2.4

Si conferma, fermo restando che per le 3 polizze destinate a non meno di 5.000 teste, la documentazione fornita a comprova dovrà specificare anche il numero degli assicurati.

Quesito 2.5

In caso di partecipazione plurisoggettiva alla gara si chiede conferma che non sia previsto un numero massimo di soggetti componenti.

Chiarimento 2.5

Si conferma.

Quesito 2.6

Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Assicurazione, art. 19.2, lett. g). Con riferimento alla presente garanzia, in precedenza era stato chiesto:

- *"Se fosse corretto, in caso di aggiudicazione del contratto, precisare (come normalmente fatto in tali polizze) che la garanzia opera solo nei casi in cui il decesso dipenda da una malattia o infortunio indennizzabile ai sensi del contratto". In risposta era stato rappresentato che "presupposto per l'attivazione della presentazione in parola è il decesso in conseguenza di infortunio e/o malattia improvvisa; e ciò senza ulteriore riferimento alla Garanzia principale fruita dall'assicurato; pertanto, devono considerarsi indennizzabili tutti gli infortuni e tutte le*

malattie improvvise". La Scrivente fa presente che, giusta la presenza dell'art. 3 – Rischi esclusi, eventuali infortuni e malattie rientranti nell'elenco ivi previsto non daranno luogo all'operatività delle garanzie di polizza, tra cui anche quella di cui in oggetto. In caso contrario, andrebbe modificato il testo del suddetto art. 3;

- *"di precisare il concetto di "malattia improvvisa", in modo da poter perimetrare in maniera più chiara l'operatività della garanzia". In risposta era stato rappresentato che "Per malattia improvvisa deve intendersi una malattia che ha portato al decesso in poco tempo rispetto a quando si è manifestata per la prima volta, fermo restando che la prima manifestazione deve essere avvenuta prima dell'inizio del soggiorno all'estero dell'assicurato". Si chiede di precisare se la risposta fornita contenga un refuso, considerato che parrebbe potersi ritenere "improvvisa" una malattia la cui esistenza non fosse già nota prima dell'inizio del soggiorno all'estero.*

Chiarimento 2.6

Con riferimento ai quesiti posti si precisa che:

- confermato che presupposto per l'attivazione della prestazione in parola è il decesso in conseguenza di infortunio e/o malattia improvvisa e ciò senza ulteriore riferimento alla Garanzia principale fruita dall'assicurato; pertanto, devono considerarsi indennizzabili tutti gli infortuni e tutte le malattie improvvise, ferme in ogni caso restando le esclusioni di polizza.
- Per malattia improvvisa deve intendersi una malattia che ha portato al decesso in poco tempo rispetto a quando si è manifestata per la prima volta, fermo restando che la prima manifestazione non deve essere avvenuta prima dell'inizio del soggiorno all'estero dell'assicurato.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.3

Quesito 3.1

Con riferimento al Capitolato d'onori, nelle Definizioni alla voce "Intervento chirurgico ambulatoriale" si legge: "La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni, purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente". Si chiede cortesemente conferma che con il termine "immobilizzazioni" si intenda un impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee, conseguente ad infortunio, che richieda l'applicazione di mezzi non amovibili prescritti dallo specialista ortopedico.

Chiarimento 3.1

Si conferma con la precisazione che l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni è indennizzabile, ove ne ricorrano i presupposti contrattuali, anche a seguito di malattia quindi non solo di infortunio.

Quesito 3.2

Relativamente al documento Capitolato d'onori, nella sezione Condizioni Generali di Assicurazione, art.14 Denuncia di sinistro, si richiede conferma che il riferimento alla condivisione della valutazione effettuata richiesta in formato "cartaceo" sia un refuso e sia possibile procedere anche con condivisione telematica della comunicazione.

Chiarimento 3.2

Non si conferma; rimane ferma la disponibilità di EMAPI di valutare insieme con la Compagnia eventuali modalità alternative ed equipollenti di comunicazione.

Quesito 3.3

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, nella sezione GARANZIE "A" Art. 10 – Garanzia Aggiuntiva – A.5 Cure psicoterapiche si richiede conferma che il consulto psicologico possa essere effettuato sia in presenza, sia in modalità video-consulto.

Chiarimento 3.3

Si conferma, con la precisazione che questa modalità verrà scelta dall'assicurato e dal professionista che erogherà la prestazione.

Quesito 3.4

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, sezione GARANZIE "A" Art. 3.7 - Extra Ospedaliere, si chiede conferma che:

- a) *codesta stazione appaltante abbia inteso estendere le prestazioni in essa indicate - attualmente riferibili esclusivamente agli eventi Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi morbosi - anche agli eventi legati a patologia sospetta o accertata ed infortuni, che non rendano necessario un Grande Intervento Chirurgico o non siano configurabili come Grave evento morboso;*
- b) *diversamente dal piano in corso la garanzia sia fruibile anche dal nucleo familiare e non solo dall'iscritto;*
- c) *siano da intendersi in copertura le sole prestazioni eseguite a scopo diagnostico e non operativo;*
- d) *non siano compresi gli eventuali esami istologici.*

Chiarimento 3.4

Con riferimento al quesito posto:

- a) si precisa che da sempre le prestazioni in parola sono state indennizzate per qualsiasi patologia/infortunio; quindi, mai riferite solo agli eventi Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi morbosi; si è ritenuto oggi di specificare la non limitazione ai Grandi Interventi Chirurgici e ai Gravi eventi morbosi solo per evitare dubbi interpretativi/applicativi di quella che, da sempre, è stata la norma e l'applicazione contrattuale della medesima.
- b) Si conferma.
- c) Non si conferma.
- d) Non si conferma e si precisa che ove gli esami istologici siano effettuati in concomitanza di una delle prestazioni previste/elencate dall'Art. 3.7, le spese per dette prestazioni rientrano comunque in copertura rimanendo quindi esclusa dal rimborso la sola spesa relativa all'esame istologico (ove ovviamente non indennizzabile a diverso titolo quale ulteriore prestazione prevista dalla Garanzia A); allo stesso tempo, la spesa relativa all'esame istologico rientra anche in copertura e quindi sarà indennizzabile, qualora la fattura indichi un unico importo di spesa relativo alla prestazione "principale" ed all'esame istologico (trattandosi di importo forfettario onnicomprensivo non sarà necessario chiedere quindi lo scorporo dei costi).

Quesito 3.5

Relativamente al documento "Capitolato d'Oneri", nella sezione GARANZIE "A" - Art. 9 – Garanzia Aggiuntiva - A.4 Pacchetto Maternità, punto c) analisi clinico chimiche da protocollo, si richiede di definire a quale protocollo si faccia riferimento.

Chiarimento 3.5

Il protocollo di riferimento è composto dagli esami clinici prescritti alle donne per il controllo ed il monitoraggio della gravidanza.

Quesito 3.6

Con riferimento al Capitolato d'oneri, pagina 36 Art. 8 Garanzia aggiuntiva A.3-Pacchetto Check-up, si chiede conferma che:

- a) *le prestazioni oggetto di Check Up – benché fruibili nell’arco temporale di massimo 10 giorni consecutivi – debbano essere prenotate in un’unica soluzione.*
- b) *possa essere acquistato esclusivamente in forma collettiva e non anche in forma individuale dai soggetti indicati agli artt. 7.2 7.3 della Sezione Condizioni Generali di Convenzione;*
- c) *sia operante per il solo iscritto in forma Collettiva e non sia fruibile dai componenti del relativo nucleo familiare.*

Chiarimento 3.6

Con riferimento al quesito posto:

- a) non si conferma e si precisa che nel Capitolato non è specificata la necessità di una unica prenotazione (peraltro difficilmente realizzabile qualora le prestazioni vengano effettuate in due distinte strutture sanitarie).
- b) Non si conferma; al contrario nel Capitolato sono specificate le condizioni di attivazione anche in forma individuale della garanzia.
- c) Non si conferma; al contrario nel Capitolato sono specificate le condizioni di estensione della garanzia anche in forma automatica al nucleo familiare.

Quesito 3.7

Con riferimento al Capitolato d’oneri, pagina 29, art. 3.2., punto d) si legge: “ *visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche, le terapie mediche/chirurgiche/riabilitative/farmacologiche anche effettuate in regime di ricovero e/o day-hospital (ivi compreso il regime M.A.C), le prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall’Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell’arco della validità della polizza*”. Si chiede conferma che, a differenza del piano attualmente in corso, sia da ritenersi in copertura anche il regime di ricovero ordinario, day hospital e di MAC.

Chiarimento 3.7

Non si conferma e si precisa che si è ritenuto opportuno oggi di specificare meglio tutte le possibili modalità di esecuzione delle prestazioni solo per evitare dubbi interpretativi/applicativi di quella che da sempre è stata la norma e l’applicazione contrattuale della medesima.

Quesito 3.8

Nel piano attualmente in corso il pacchetto Check up della garanzia base prevede ecodoppler arti inferiori per le sole donne; si chiede conferma che il pacchetto sia stato ampliato prevedendo ecodoppler o ecocolor Doppler sia per uomini che per donne e per qualunque distretto anatomico.

Chiarimento 3.8

Si conferma.

Quesito 3.9

Si chiede conferma che, a differenza del piano attualmente in corso, nel pacchetto check up della garanzia B2 sia stato ridotto il limite di età da 50 anni a 40 anni per la fruizione delle prestazioni aggiuntive previste per uomini e donne e che per queste ultime l’ecografia mammaria sia fruibile ogni anno invece che due.

Chiarimento 3.9

Si conferma.

Quesito 3.10

Si chiede conferma che l'invio della brochure possa avvenire anche in modo telematico per tutti gli iscritti di cui la Cassa abbia indirizzo e-mail.

Chiarimento 3.10

Non si conferma e si rinvia a quanto indicato nel Capitolato.

Quesito 3.11

Si chiede cortesemente conferma che l'attivazione delle coperture in forma diretta possa avvenire sia attraverso canali telefonici che attraverso canali digitali.

Chiarimento 3.11

Non si conferma e si fa presente che la modalità di attivazione delle prestazioni in forma diretta in via telematica può considerarsi in aggiunta a quella obbligatoria attraverso la centrale operativa (quindi con contatto telefonico)

Quesito 3.12

Con riferimento al Capitolato d'Oneri Art. 6 "Clausola Broker" si chiede conferma che il riconoscimento della provvigione sarà pari al 5% dei premi imponibili incassati.

Chiarimento 3.12

Si conferma.

Quesito 3.13

Con riferimento al Capitolato d'Oneri Art. 14 "Denuncia del sinistro" si legge "L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società tramite Emapi e l'Ente provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società". Si chiede conferma che codesta attività non prevede alcun costo aggiuntivo a carico della Compagnia oltre a quelli esplicitati nel Capitolato.

Chiarimento 3.13

Si conferma che la spesa relativa alla trasmissione delle pratiche di rimborso degli iscritti ricevute da EMAPI e da trasmettere da parte di EMAPI alla Società sarà a carico di EMAPI.

Quesito 3.14

Si richiede di indicare il numero di chiamate gestite nel corso delle ultime due annualità e una proiezione di quelle attese per la gestione a far data dal 15 aprile 2024.

Chiarimento 3.14

L'informazione non è a disposizione della Stazione Appaltante (ricordiamo infatti che nell'attuale polizza il servizio di assistenza telefonica così come quello di attivazione delle dirette è affidato a Reale Mutua/Blue Assistance).

Quesito 3.15

Si chiede conferma che possa essere prevista una federazione tra i sistemi dell'Ente e della Compagnia/Provider attraverso i protocolli SAML 2.0 or Oauth.

In alternativa si chiede conferma sulla possibilità di una doppia autenticazione prima sul sistema dell'Ente e successivamente su quello della Compagnia/Provider.

Chiarimento 3.15

Trattandosi di procedura di gestione, la stessa - purché compatibile con le modalità di trasmissione dei dati indicate all'Art.8 del Capitolato - sarà verificata in sede di attuazione del contratto.

Quesito 3.16

In relazione all'allegato 5 - Capitolato speciale con relativi allegati - art. 10 "Termini di decadenza per le adesioni", si chiede conferma che la trasmissione delle anagrafiche avverrà, in concomitanza con la partenza della gestione, massivamente in blocco e che, eventuali, aggiornamenti successivi verranno condivisi tra le parti.

Si richiede inoltre conferma che, per le posizioni non trasmesse alla partenza della gestione, sarà possibile procedere a un confronto con l'Ente al fine di verificare la reale copertura. A parziale deroga dell'art. 10 "Termini di decadenza per le adesioni" del Capitolato d'Oneri, al fine di garantire agli Iscritti il miglior servizio possibile e all'Ente un efficientamento delle attività, si chiede di confermare la disponibilità del Contraente a trasmettere le anagrafiche relative agli assicurati in forma collettiva, massivamente ed in blocco, in concomitanza alla partenza della gestione e che i successivi aggiornamenti verranno condivisi tra le parti.

Si richiede inoltre conferma che, per le posizioni non trasmesse alla partenza della gestione, sarà possibile procedere a un confronto con l'Ente al fine di verificare la reale copertura.

Chiarimento 3.16

Per quanto riguarda i termini per la trasmissione delle anagrafiche, si rimanda a quanto specificato nel Capitolato; in ogni caso si fa presente che, anche nelle precedenti gestioni della Convenzione ASI, EMAPI ha sempre concordato con le Compagnie di Assicurazioni valide ed efficaci procedure per la gestione della copertura nei periodi di tempo (solitamente inizio dell'annualità assicurativa) durante i quali le anagrafiche non erano a disposizione ovvero non erano complete.

Quesito 3.17

Nel Capitolato d'oneri, Art. 14, pag. 22, si legge che "L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società tramite EMAPI e l'Ente provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società";

- a) si richiede cortesemente di dettagliare tali modalità di trasmissione delle denunce per la forma a rimborso.*
- b) Si richiede altresì di specificare, qualora esistenti, le modalità di accesso ai servizi digitali per il processo di rimborso, indicando eventuali procedure di autenticazione, protocolli o standard richiesti.*

Chiarimento 3.17

I dettagli delle procedure di gestione verranno analizzati e definiti in sede di attuazione del contratto tenuto conto che EMAPI utilizza un proprio applicativo anche per la gestione delle richieste di rimborso da parte degli iscritti.

Quesito 3.18

Nel Capitolato d'oneri, Art. 14, pag. 22, si legge che "L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società tramite EMAPI e l'Ente provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società";

- a) si richiede cortesemente di dettagliare tali modalità di trasmissione delle denunce per la forma diretta.*
- b) Si richiede altresì di specificare quale sia il processo e le modalità di comunicazione tra l'ente e i sistemi della Compagnia/Provider per la gestione delle richieste in forma diretta (prese in carico) attraverso i canali digitali (es. app, portali, ecc.).*

Chiarimento 3.18

Si rimanda a quanto indicato nel Chiarimento 3.17.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.4

Quesito 4.1

Con riferimento a quanto indicato nel Capitolato speciale all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Denuncia del sinistro), che riporta "L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società tramite EMAPI e l'Ente provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società", si chiede alla Stazione Appaltante cosa si intende per "proprie modalità".

Chiarimento 4.1

Si rimanda a quanto indicato nel Chiarimento 3.17.

Quesito 4.2

Con riferimento a quanto indicato nel Capitolato speciale all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Denuncia del sinistro), si chiede conferma che la comunicazione che illustra l'esito della valutazione effettuata possa essere pubblicata in area riservata dell'Assicurato e in area riservata per la gestione dei sinistri EMAPI.

Chiarimento 4.2

Fermo restando che i dettagli delle procedure di gestione verranno analizzati e definiti in sede di attuazione del contratto, si conferma la disponibilità a valutare la soluzione proposta.

Quesito 4.3

Con riferimento a quanto indicato nel Capitolato speciale agli articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione 19.1 (Servizi di informazione - valide per tutti gli assicurati) e 19.2 (Prestazioni di assistenza - valide per tutti gli assicurati alla Sezione "Garanzie A"), si chiede alla Stazione Appaltante se è possibile fornire un numero verde per i servizi di informazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30; e un altro numero verde per le prestazioni di assistenza disponibile h 24/7.

Chiarimento 4.3

Fermo restando che i dettagli delle procedure di gestione verranno analizzati e definiti in sede di attuazione del contratto, si conferma la disponibilità a valutare la soluzione proposta, con la precisazione che la Centrale Operativa/numero telefonico di cui all'Art. 19.1 dovrà essere la medesima/o alla/al quale gli iscritti potranno rivolgersi per l'attivazione delle prestazioni in forma diretta.

Roma, 26 febbraio 2024

Il RUP
Demetrio Houlis