



OGGETTO: GARA A PROCEDURA APERTA AI SENSI DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I., PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE PER CONSIP E SOGEI - ID 2086

I chiarimenti della gara sono visibili sui siti: www.consip.it; www.acquistinretepa.it; www.sogei.it

CHIARIMENTI

1) Domanda

In merito alla procedura in oggetto, con la presente siamo a richiedere le seguenti delucidazioni:

- a) Conferma circa le prestazioni oggetto del piano sanitario: le voci di spesa dell’area extra ospedaliere presenti nella statistica sinistri , cure dentarie, lenti e occhiali, alta diagnostica, visite, sono tutte riconducibili a gravi eventi morbosi?
- b) L'assicuratore in corso (RBM) è il medesimo dal 2012 ?
- c) Sono intervenuti cambiamenti del testo di polizza dal 2012 ad oggi ?
- d) La statistica sinistri comprende anche i danni derivanti da polizze sottoscritte con adesione volontaria? In tal caso avremo la necessità di conoscere l'importo complessivo ai fini della corretta valutazione del rapporto premi/sinistri indicati
- e) Necessitiamo di una conferma sull'importo posto a base d'asta annua di € 1.781.500,00, considerato che, dai dati presenti nella statistica sinistri, l'assicuratore in corso per l'annualità 2017-2018 ha liquidato un totale sinistri pari a circa € 4.700.000,00 (Sogei + Consip).

Risposta

- a) Non si conferma. La statistica sinistri allegata alla documentazione di gara comprende tutte le prestazioni coperte dall’assicuratore RBM nel periodo 2013-2018, pertanto non esclusivamente riferite alle prestazioni oggetto della presente procedura di gara, per un confronto vedasi precedente contratto di assicurazione allegato n. 1.
- b) Si conferma.
- c) Non sono intervenuti cambiamenti del testo di polizza dal 2013 al 2018.
- d) La statistica sinistri comprende anche i danni derivanti dai piani integrativi 1,2,3 (in merito a ciò che è coperto con i singoli piani integrativi si veda allegato 1).
- e) Si conferma l'importo posto a base d'asta annua di € 1.781.500,00. Tale importo non è confrontabile con il totale sinistri liquidati nel periodo 2013/2018, in quanto le prestazioni oggetto di polizza RBM sono state suddivise su più operatori. Infatti, come descritto in gara al paragrafo 2 del Capitolato tecnico, Consip e Sogei hanno aderito in favore degli assistiti al piano D del Fondo Metasalute dal 01/01/2019.

2) Domanda

Si chiede all’Ente se è presente un intermediario assicurativo che collaborerà all'espletamento della copertura. Nel caso sia presente l'intermediario, a quanto ammonta l'aliquota provvigionale che deve essergli corrisposta?

Risposta

Non è presente alcun intermediario assicurativo.

3) Domanda

Classificazione del documento: Consip public

ID 2043 – Gara a procedura aperta ai sensi del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., per l’affidamento dei servizi di copertura assicurativa di Sogei S.p.A. e

Consip S.p.A.



All.12 STATISTICA SINISTRI AL 31_03_2018 Si chiede cortesemente all'Ente se è possibile avere le garanzie e i premi (suddivisi in base all'appartenenza a Sogei S.p.A. o a Consip S.p.A.) relativi ai sinistri riportati nell'Allegato 12 Statistica sinistri al 31/03/2018", nonché il totale delle teste in copertura relative a ciascuna annualità.

Risposta

Le garanzie, i premi, nonché i sinistri suddivisi in base all'appartenenza a Sogei S.p.A. o a Consip S.p.A. sono già riportati nell'allegato 12 al Disciplinare di gara ("STATISTICA SINISTRI AL 31_03_2018").

La copertura delle teste per ciascuna annualità è la seguente:

ANNI	CONSIP	SOGEI
2015	310	2.074
2016	338	2.067
2017	398	2.047
2018	377	2.105

4) Domanda

Si chiede di chiarire a quali assicurati siano relativi i sinistri nelle Tabelle di sinistrosità riportate nell' "Allegato 12 Statistica sinistri al 31/03/2018", in quanto nell' intestazione del documento si legge: "CONTRAENTE: ASSIDAI - FONDO DI ASSISTENZA PER I DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI".

Risposta

Per assicurati si intendono il personale non dirigente SOGEI e CONSIP.

L'intestazione del documento Statistica sinistri al 31/03/2018 si riferisce alla natura del Fondo ASSIDAI, costituito come Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa dei Dirigenti Industriali, esteso in alcuni casi anche al personale non dirigente.

5) Domanda

si chiede all'Ente di fornire:

- a. Il numero familiari fiscalmente a carico in copertura suddivisi per coniuge del lavoratore o convivente di fatto e figli e sulla base dell'appartenenza a Sogei S.p.A. o a Consip S.p.A.;
- b. il numero dei figli fiscalmente non a carico conviventi e non conviventi sino a 30 anni di età in copertura suddivisi sulla base dell'appartenenza a Sogei S.p.A. o a Consip S.p.A.;
- c. il numero dei familiari non fiscalmente a carico in copertura suddivisi per coniugi del lavoratore o del convivente di fatto e dei figli non conviventi e sulla base dell'appartenenza a Sogei S.p.A. o a Consip S.p.A.;
- d. la distribuzione geografica per provincia degli assistiti suddivisi sulla base dell'appartenenza a Sogei S.p.A. o a Consip S.p.A.

Risposta

si veda allegato n. 2 ai presenti chiarimenti.

6) Domanda

All'art.2 'Premessa e descrizione del rischio" si legge: "(...) Ai sensi dell'art. 1910 del c.c. si fa presente che l'Associato/Contraente ha aderito in favore degli assistiti al piano D del Fondo Metasalute dal 01/01/2019 (...)" .Poiché la



quasi totalità delle prestazioni previste nel Capitolato sono già coperte dal Fondo Metasalute, si chiede conferma che l'obiettivo della Stazione Appaltante sia quello di minimizzare la spesa (avendo la stessa già provveduto al pagamento della quota associativa al Fondo Metasalute) e che pertanto la copertura si debba intendere prestata a secondo rischio rispetto a quella già prevista dal predetto Fondo.

Infatti, a titolo di esempio, il Fondo Metasalute prevede:

- a. la copertura per tutti i ricoveri con intervento chirurgico (con pagamento diretto, integrale ed illimitato in caso di utilizzo di strutture convenzionate, con rimborso integrale nel caso di utilizzo di strutture private non convenzionate nei massimali previsti per i singoli interventi);
- b. il rimborso integrale di tutti i ticket;
- c. la copertura per tutte le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici extra-ospedalieri con pagamento diretto, integrale ed illimitato in caso di utilizzo di strutture convenzionate, indipendentemente dal fatto che siano conseguenza di un "grave evento morboso"; Peraltro tutte le garanzie sono prestate per il nucleo fiscalmente a carico del dipendente.

Risposta

La copertura si deve intendere prestata a titolo complementare rispetto a quella già prevista dal Fondo Metasalute unicamente per quelle prestazioni non ricomprese nel suddetto fondo.

Per le altre prestazioni la copertura è da intendersi alternativa, pertanto non si intende a secondo rischio.

7) Domanda

Nell'art. "3. Decorrenza del Piano Sanitario", a pag. 5, si legge: "(...) L'Assistenza per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 01.07.2019, e in forma di Assistenza Diretta dal giorno successivo a quello in cui perverrà all'Ente assistenziale l'elenco degli Assistiti. Il file con l'elenco degli assistiti sarà inviato all'Ente assistenziale entro 60 giorni prima dalla data di decorrenza del piano sanitario (...)"

Si chiede conferma che l'assistenza in forma diretta non verrà attivata prima della data di effetto della copertura, cioè non prima dell'01.07.2019, anche in presenza di invio anticipato dell'elenco degli assistiti.

Risposta

Si conferma che l'assistenza in forma diretta non verrà attivata prima della data di effetto della copertura, cioè non prima dell'01.07.2019.

8) Domanda

All'art. "4. Contributi", a pag. 6, si legge: "(...) Ciascun dipendente si riserva di chiedere all'aggiudicatario, con contributo a carico del dipendente stesso, l'estensione della garanzia al nucleo familiare non fiscalmente a carico con massimale non condiviso. Il contributo a carico del dipendente stesso per ogni familiare fiscalmente a carico da includere sarà pari a quello che il contraente verserà all'Ente assistenziale per ciascun dipendente Sogei/Consip e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico (...)"

Si chiede conferma che l'art. "4. Contributi" dovrà essere modificato come segue:

"(...) Il contributo a carico del dipendente stesso per ogni familiare non fiscalmente a carico da includere sarà pari a quello che il contraente verserà all'Ente assistenziale per ciascun dipendente Sogei/Consip e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico (...)"



Risposta

Non si conferma. La dicitura riportata all'art. "4. Contributi", a pag. 6 del capitolato tecnico ("*Il contributo a carico del dipendente stesso per ogni familiare fiscalmente a carico da includere sarà pari a quello che il contraente verserà all'Ente assistenziale per ciascun dipendente Sogei/Consip e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico [...]*") rappresenta un mero refuso ed è sostituita come da errata corrige pubblicato contestualmente ai presenti chiarimenti.

9) Domanda

All'art. 5.1, a pag. 6, si legge: "(...) È prevista altresì l'iscrizione, con contributo a carico dell'Azienda, a favore: = dei figli non fiscalmente a carico purché conviventi (risultanti dallo stato di famiglia); = dei figli non fiscalmente a carico non conviventi sino a 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sedi in province diverse rispetto a quella di residenza del genitore titolare iscritto (...)" E' corretto affermare che il contributo a carico dell'Azienda per ciascun figlio non fiscalmente a carico così come riportato al sopracitato art. 5.1 sarà pari a quanto previsto per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico?

Risposta

il contributo a carico dell'Azienda per ciascun dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico comprende anche eventuali figli non fiscalmente a carico purché rientranti nelle condizioni di cui all'art. 5.1 del capitolato e precisamente:

- figli non fiscalmente a carico purché conviventi (risultanti dallo stato di famiglia);
- figli non fiscalmente a carico non conviventi sino a 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sedi in province diverse rispetto a quella di residenza del genitore titolare iscritto.

10) Domanda

Poiché all'art. "14/A — Area Ricovero" si legge: "(...) Sono considerati interventi chirurgici anche la laparoscopia e la litotrixisia (...)" si chiede se è corretta l'interpretazione secondo cui, nel caso di utilizzo di centri non convenzionati/medici non convenzionati, le spese sono rimborsate previa deduzione di una franchigia di € 1.000,00 per evento.

Risposta

Si conferma una franchigia di € 1.000,00 per evento nel caso in cui la laparoscopia e la litotrixisia, vengano svolte in regime di ricovero con degenza, viceversa nel caso di ricovero in day hospital e day surgery la franchigia è di € 500,00 per evento.

11) Domanda

Poiché all'art. "14/A — Area Ricovero" si legge: "(...) Sono riconosciuti gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici del neonato (...)" si chiede se è corretta l'interpretazione secondo cui, nel caso di utilizzo di centri non convenzionati / medici non convenzionati, le spese sono rimborsate previa deduzione di una franchigia di € 1.000,00 per evento.

Risposta



Si conferma una franchigia di € 1.000,00 per evento nel caso in cui gli interventi vengano svolti in regime di ricovero con degenza, viceversa nel caso di ricovero in day hospital e day surgery la franchigia è di € 500,00 per evento.

12) Domanda

Nell'art. "14/A — Area Ricovero", a pag. 11, si legge: "(...) Interventi chirurgici, anche in Day Hospital, finalizzati a correggere i vizi di refrazione: miopia, ipermetropia, astigmatismo, effettuati con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), la garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.000,00 per occhio per anno/nucleo familiare, senza applicazione di scoperto/franchigia (...)" Si chiede conferma che il massimale di € 2.000,00 sia da applicare per anno/nucleo, sia nel caso di prestazioni effettuate presso Centri convenzionati e con medici convenzionati, sia nel caso di prestazioni effettuate presso Centri non convenzionati / medici non convenzionati.

Risposta

Non si conferma. il massimale di € 2.000,00 per anno/nucleo, si applica nel caso di prestazioni effettuate presso Centri non convenzionati / medici non convenzionati.

13) Domanda

Con riferimento all' art. "14/A — Area Ricovero.", a pag. 12, nel paragrafo "Spese durante il periodo di Ricovero", si chiede conferma che il limite per la retta di vitto e pernottamento nell'Istituto di cura per un accompagnatore, pari a € 100 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni, sia da applicare per anno/nucleo familiare.

Risposta

Si conferma.

14) Domanda

A pag. 13, all' art. "14/8 — Indennità sostitutiva da Ricovero", si legge: "(...) Nel caso in cui le spese sanitarie da Ricovero con o senza intervento chirurgico siano a totale carico del S.S.N. o interamente rimborsate da altri soggetti che erogano prestazioni sanitarie, si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità pari a € 100,00 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento, con o senza intervento chirurgico, per un massimo di 70 giorni (...)" Si chiede conferma che il limite di 70 giorni sia applicato per anno/nucleo familiare.

Risposta

Si conferma.

15) Domanda

Poiché si ritiene necessario definire l'ambito di operatività della polizza si chiede di inserire nell'ambito dell'art. "16 Esclusioni" le seguenti esclusioni:

- a) "i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale";
- b) "i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da



condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento”;

c) “le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici”;

d) “le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave”;

e) “le conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici”;

f) “tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali”;

g) “le conseguenze dirette o indirette di pandemie”.

Si chiede conferma.

Risposta

Si possono accettare solamente le seguenti esclusioni:

b) “i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento”;

c) “le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici”;

sono sempre riconosciuti in garanzia gli interventi di chirurgia stomatologica resi necessari da infortunio documentato da pronto soccorso.

d) “le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave”;

Sul punto si veda l'errata corretto pubblicato contestualmente ai presenti chiarimenti.

16) Domanda

Disciplinare a pag. 28, all' art. “15 — Contenuto dell'offerta economica”, si legge: “ (...)

2. il corrispettivo pro capite, annuo, lordo per ciascun familiare non fiscalmente a carico di Sogei e Consip con massimali condivisi, comprensivo dei contributi per l'adesione al Fondo, degli eventuali premi da versare all'assicurazione e degli oneri fiscali previsti dalla legge, al netto degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze;
3. il corrispettivo pro capite, annuo, lordo per ciascun familiare non fiscalmente a carico di Sogei e Consip con massimali autonomi, comprensivo dei contributi per l'adesione al Fondo, degli eventuali premi da versare all'assicurazione e degli oneri fiscali previsti dalla legge, al netto degli oneri per la sicurezza dovuti a rischi da interferenze; (...).”.

Con riferimento a quanto previsto al punto 2 si chiede conferma se il premio debba essere o meno “obbligatoriamente” pari a quello che il contraente verserà all'Ente assistenziale per ciascun dipendente Sogei/Consip e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico come previsto nel capitolato tecnico a pagina 6 all'art. “4. Contributi”.

Risposta

Sul punto si veda risposta alla domanda n. 8.

17) domanda

Si chiede se sia disponibile un modello di Offerta Economica.



Risposta

L'offerta economica va presentata a sistema con le modalità previste ai paragrafi 12 e 15 del Disciplinare di gara.

18) domanda

Con riferimento alla dichiarazione di cui al punto 11 della domanda di partecipazione e a quanto indicato all'art. 25, pag. 37 dell'allegato 4 – Capitolato “In ragione dell’oggetto del Piano sanitario, ove il Fornitore sia chiamato ad eseguire attività di trattamento di dati personali, lo stesso sarà nominato “Responsabile del trattamento” dei dati personali ai sensi dell’art. 28 del Regolamento UE” - siamo a chiedervi di comunicarci le motivazioni per le quali viene richiesto all'Aggiudicatario l'impegno all'assunzione del ruolo di Responsabile del Trattamento anziché di autonomo Titolare del trattamento.

Quest'ultima qualifica, infatti, ci sembra più confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati, considerando che:

- 1) i trattamenti svolti per l'erogazione di piani di assistenza sanitaria integrativa rappresentano l'attività tipica di un “Fondo Sanitario Integrativo” e non l'esternalizzazione di parte del trattamento di un distinto Titolare del trattamento stesso (ad esempio di un altro Fondo Sanitario);
- 2) l'art. 4 comma 7 del GDPR definisce Titolare del trattamento: la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri. Nella fattispecie, l'attività dei Fondi integrativi è espressamente disciplinata dalla legge italiana (disciplina in materia sanitaria e disciplina fiscale);
- 3) Cassa RBM Salute effettua un trattamento di dati personali per effetto del sottostante rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto di Sogei S.P.A. e Consip S.P.A., soggetti che raccolgono e trattano i dati per finalità diverse rispetto al Fornitore del servizio assicurativo.

Pertanto, la qualifica di “Cassa RBM Salute” quale Titolare del trattamento è a nostro avviso la soluzione più corretta in quanto avvalorata anche dalla posizione espressa dal Garante Privacy nel parere di cui al Decreto concernente l'Anagrafe dei fondi sanitari (<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1655693>), in cui ciascun Fondo è qualificato Autonomo Titolare del trattamento.

Deve inoltre aggiungersi che, a nostro avviso, Cassa RBM dovrà nominare Responsabile del trattamento la Contraente, dato che quest'ultima raccoglierà i dati anagrafici che poi trasmetterà a Cassa RBM affinché questa possa dare esecuzione al rapporto assicurativo nei confronti degli assicurati.

In caso di accoglimento della presente richiesta di qualificare l'aggiudicatario come Titolare del trattamento dei dati, si chiede di indicare come vada riformulata la dichiarazione di cui al punto 11 della domanda di partecipazione e l'art. 25 del Capitolato tecnico.

Risposta

Si veda l'errata corregge pubblicato contestualmente ai presenti chiarimenti, in conseguenza del quale il facsimile di domanda di partecipazione (Allegato 2 al Disciplinare di gara) è stato sostituito.



19) domanda

Allegato 4 - Capitolato Tecnico - Art. 2 - Pag. 5 si legge: “Ai sensi dell’art. 1910 l’Associato/Contraente ha aderito al piano D del Fondo Metasalute dal 01/01/2019”, si chiede conferma che per adesione al piano D si intenda adesione al piano base + piano integrativo D.

Risposta

Si conferma

20) domanda

Si chiede di confermare che l’operatività della copertura oggetto di gara è da intendersi integrativa al Fondo Metasalute e pertanto per le prestazioni previste da quest’ultimo Fondo, la copertura oggetto di gara opera:

- esclusivamente se l’assicurato ha attivato prima il Fondo Metasalute;
- e solo per l’importo rimasto a carico dell’assicurato, ferma l’applicazione di franchigie e scoperti eventualmente previsti dal capitolato.

Risposta

Non si conferma. Come specificato nella risposta alla domanda n. 6, la copertura si deve intendere prestata a titolo complementare rispetto a quella già prevista dal Fondo metasalute per quelle prestazioni non ricomprese nel suddetto fondo, per le altre prestazioni la copertura è da intendersi alternativa. L’assicurato potrà scegliere autonomamente se attivare metasalute o alternativamente la copertura oggetto di gara.

21) domanda

Allegato 4 - Capitolato Tecnico - Art. 4 - Pag. 6 - Si chiede di indicare entro quanto tempo dalla decorrenza della copertura il dipendente può chiedere all’aggiudicatario di estendere la copertura al nucleo familiare non fiscalmente a carico e di confermare che l’effetto della copertura per il familiare in questione debba intendersi pari alla data di comunicazione all’aggiudicatario;

Risposta

Entro 15 giorni antecedenti l’operatività della polizza il dipendente può chiedere all’aggiudicatario di estendere la copertura al nucleo familiare non fiscalmente a carico. L’operatività della stessa sarà pari a quella del dipendente stesso e cioè il 01/07/2019. Ulteriori variazioni potranno essere comunicate nel corso dell’anno e l’effetto della copertura per il familiare in questione è il 15° giorno successivo alla data di comunicazione all’aggiudicatario.

22) domanda

Allegato 4 - Capitolato Tecnico - Art. 5.2 - Pag. 7 - Si legge “Gli Assistiti di cui al presente art. 5.2; la scelta verrà effettuata al momento dell’iscrizione del familiare NON fiscalmente a carico al piano complementare”; si chiede di precisare che cosa si intende per complementare e di specificare a che cosa si intende complementare;

Risposta

Sul punto si veda risposte alle domande 6 e 20.



23) domanda

Allegato 4 - Capitolato Tecnico - Art. 14/A - Pag. 11 - Si chiede conferma che in caso di prestazione effettuata presso Centri convenzionati e con Medici non convenzionati (cd. Forma mista), le spese relative al Centro convenzionato (assistenza diretta) siano riconosciute al 100%, mentre le spese relative ai Medici non convenzionati siano rimborsate previa deduzione delle franchigie previste;

Risposta

Si conferma.

24) domanda

Si chiede di fornire:

- le condizioni normative della copertura in corso per il periodo 2015-2018,
- numero di assicurati
- premi unitari per singola tipologia di assicurati (dipendenti, familiari a carico, familiari non a carico, ecc);

Risposta

- Si veda allegato n. 1
- Si veda risposta al quesito n. 3, nonché allegato 2.
- Premi unitari per Il Piano Base periodo 2013 – 2018: € 795,00 per ciascun dipendente; € 200,00 per l'intero nucleo familiare fiscalmente a carico; € 300,00 per ciascun familiare non fiscalmente a carico

25) domanda

Si chiede di specificare da cosa è costituito il premio complessivo delle annualità 2015/16/17 indicato nella statistica sx fornita; ad esempio per il 2017 per Sogei il premio imponibile di € 1.774.507 della polizza 31004351 si ottiene: (n° assicurati tipologia 1 moltiplicato premio unitario tipologia 1) + (n° assicurati tipologia 2 moltiplicato premio unitario tipologia 2) + ecc.

Risposta

Si conferma che il premio imponibile della polizza si ottiene: n° assicurati tipologia 1 moltiplicato premio unitario tipologia 1) + (n° assicurati tipologia 2 moltiplicato premio unitario tipologia 2).

26) domanda

Nella statistica sx fornita sono riportati 3 numeri di polizza. Si chiede di specificare, per singolo numero di polizza, a cosa si riferiscono (categoria assicurata? Altro?);

Risposta

La polizza era una sola + tre piani integrativi (sul punto vedasi allegato n. 2). I 3 numeri di polizza erano stati attribuiti dalla compagnia ai fini amministrativi, ma in sostanza la polizza era unica.

27) domanda



Si chiede di indicare statistica sinistri con il medesimo dettaglio di quella trasmessa per singola polizza;

Risposta

Non si dispone di tale dettaglio.

28) domanda

La statistica sx fornita riporta data di aggiornamento 13/04/2018 e riporta una componente di sx stimati (colonna IBNR e proiezione sx). Si chiede di fornire una statica sx con data aggiornamento più recente;

Risposta

I dati forniti sono i più aggiornati a disposizione.

29) domanda

Relativamente alla statistica sx fornita si osserva un significativo incremento della sinistralità all'annualità 2017 rispetto alle due precedenti. In particolare per la garanzia "Ricovero con intervento in forma diretta" si osserva un incremento sia del numero di prestazioni che dell'importo richiesto e pagato di circa il 50%. Si chiede di indicare se tale variazione è conseguente a una o più specifiche motivazioni (variazioni numero assicurati / variazione condizioni di polizza) e in tal caso di indicarle, non risultando tale variazione spiegabile con l'ordinaria variabilità statistica di polizze di caratteristiche e dimensioni analoghe;

Risposta

Le condizioni di polizza non sono mai state variate. Per il numero degli nuclei familiari assistiti si veda la risposta al quesito n. 3 nonché l'allegato 2.

30) domanda

Si chiede di indicare per ogni annualità riportata nella statistica sx, l'importo liquidato dei 3 sinistri di maggior valore;

Risposta

Non si dispone di tale dettaglio.

31) domanda

Con riferimento alla statistica sinistri fornita vogliate chiarire quali sono i Grandi Interventi oggetto della Copertura Assidai cui la statistica stessa fa riferimento.

Risposta

Si veda allegato n. 1 ai presenti chiarimenti.

32) domanda

DISCIPLINARE DI GARA - Art. 16 CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE – Si chiede conferma che il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa individuata sulla base del minor prezzo riguardi, esclusivamente, l'importo a base d'asta di € 700,00 inerente la copertura dei dipendenti e nucleo fiscalmente a carico?

Risposta



Si conferma

33) domanda

DISCIPLINARE DI GARA - Art. 16 CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE – Si chiede conferma che qualsiasi scelta sulla riduzione del premio annuo per ogni familiare non fiscalmente a carico (sia per l'opzione "massimali condivisi" che per l'opzione "massimali autonomi"), non influenzi il criterio di aggiudicazione? In caso negativo, si chiede di descrivere la corretta procedura.

Risposta

Si conferma che qualsiasi scelta sulla riduzione del premio annuo per ogni familiare non fiscalmente a carico (sia per l'opzione "massimali condivisi" che per l'opzione "massimali autonomi"), non influenzerà in alcun modo il criterio di aggiudicazione, trattandosi di copertura con oneri ad esclusivo carico del dipendente che intenda usufruire della possibilità di estendere la copertura a familiari non fiscalmente a carico. Sul punto, il par. 3 del Disciplinare di gara precisa espressamente che le quotazioni in parola "[...] *non sono oggetto di valutazione in sede di gara*".

34) domanda

INFORMAZIONI DELL'ATTUALE COPERTURA ASSISTENZIALE e STATISTICA SINISTRI - SI chiede di ricevere il testo dell'attuale polizza in corso o in alternativa si chiede di ricevere le eventuali differenze tra la polizza a cui fanno riferimento gli ultimi sinistri forniti e le condizioni di polizza fornite per il bando;

Risposta

Il testo dell'attuale polizza è scaricabile sul sito www.metasalute.it; il testo della polizza a cui fanno riferimento gli ultimi sinistri forniti, invece, è l'allegato n. 1 ai presenti chiarimenti.

35) domanda

SI chiede conferma che per gli anni 2016 e 2015, per i quali sono stati forniti sinistri, la copertura risulti sempre la medesima. Eventualmente, se ne richiedono le differenze;

Risposta

Si veda risposta al quesito n. 1 lett. c)

36) domanda

Si chiedono informazioni in merito alla copertura dell'anno 2018 e relativi sinistri;

Risposta

I dati forniti sono i più aggiornati a disposizione.

37) Domanda

In alcune voci di cui all'allegato 12 "STATISTICA SINISTRI al 31.03.2018" si presenta la dicitura "SOLO PIANI INTEGRATIVI". Si richiedono delucidazioni ed eventuali documentazioni.

Risposta



Il contratto 2013- 2018 prevedeva un piano base e tra piani integrativi; per il dettaglio si veda allegato 1.

38) Domanda

Si richiede:

- il numero di dipendenti suddiviso tra dipendenti con nucleo fiscalmente a carico e dipendente senza nucleo fiscalmente a carico;
- numero medio dei componenti dei nuclei fiscalmente a carico (escluso il dipendente);
- il numero di adesioni, risultanti oggi, dei componenti non fiscalmente a carico, distinguendo tra le due opzioni previste nel bando.

Risposta

Si veda allegato n. 2 ai presenti chiarimenti

39) Domanda

alla pag. 9 di 39 del Disciplinare di Gara (anche se non sarà oggetto di valutazione) si dice che in sede di offerta economica il concorrente dovrà quotare due opzioni di premio per ciascun familiare non fiscalmente a carico sia con massimale condiviso con il resto del nucleo che con massimale autonomo, ma sempre entro il limite di € 700. Si intende che devono essere indicati due premi entro il limite di € 700,00 che, teoricamente, potrebbero essere uguali?

Risposta

Si conferma.

40) Domanda

Si richiede di fornire:

- a) Normativo in corso CONSIP
- b) Statistiche sinistri CONSIP ultimo triennio chiuso con spaccatura per garanzia
- c) Numerosità assicurati con spaccatura premi - esempio: assicurati copertura base – premio assicurati copertura integrativa – premio
- d) Numerosità assicurati SOGEI polizza in corso
- e) Spaccatura premi – esempio: assicurati copertura base – premio assicurati copertura integrativa 1 – premio ETC

41) Risposta

- a) Si veda risposta al chiarimento n. 34
- b) Gli ultimi dati aggiornati sono quelli forniti in sede di pubblicazione di gara
- c) Si veda allegato n. 2
- d) Si veda allegato n. 2
- e) Si veda allegato n. 2



42) Domanda

Si chiede conferma che il riferimento all'offerta tecnica contenuto al quarto capoverso di pagina 20 di 39 del Disciplinare di gara sia un refuso.

Risposta

Si conferma.

43) Domanda

Si chiede conferma che nella domanda di partecipazione vadano barrate le dichiarazioni che non possono essere rese dai concorrenti che non si trovano nella situazione rappresentata (ad esempio, la dichiarazione sub 1, che non può essere resa dal Fondo Sanitario che ha forma di associazione non riconosciuta e non è quindi una società).

Risposta

Si conferma.

44) Domanda

Con riferimento alle "fatture" previste sia al punto 25 della Domanda di partecipazione ("*di essere a conoscenza che Sogei e Consip, ai sensi e per gli effetti all'art. 4 comma 4 del D.lgs. 231/02 e s.m.i., si riservano di negoziare con l'aggiudicatario i termini di pagamento delle fatture fino a 60 (sessanta) giorni data ricevimento fattura e di tenerne in considerazione in sede di formulazione dell'offerta economica*") che all'art. 24 "Pagamenti" dell'allegato 4 Capitolato tecnico, si segnala che lo scrivente Fondo Sanitario concorrente **non emette fatture essendo un'associazione senza scopo di lucro che non svolge attività d'impresa e che non ha una partita IVA**. Il Fondo Sanitario, a seguito dell'incasso dei contributi dall'Associato, rilascia un estratto conto/quietanza nei confronti dei beneficiari persone fisiche.

Si chiede, quindi, se la dichiarazione di cui al punto 25 della Domanda di partecipazione possa essere così riformulata: *di essere a conoscenza che Sogei e Consip, ai sensi e per gli effetti all'art. 4 comma 4 del D.lgs. 231/02 e s.m.i., si riservano di negoziare con l'aggiudicatario i termini di pagamento dei contributi fino a 60 (sessanta) giorni data ricevimento della richiesta di contributi e di tenerne in considerazione in sede di formulazione dell'offerta economica*.

Con riferimento, invece, all'art. 24 del Capitolato si chiede conferma che ove nel testo si legga il termine "fattura" si debba intendere invece "estratto conto/quietanza" e che, comunque, tra la Stazione Appaltante ed il Fondo Sanitario fornitore non si applichi la fatturazione elettronica per le motivazioni sopra esposte.

4. Alla luce di quanto appena precisato, si chiede di avere indicazioni su come possa essere riformulata la dichiarazione di cui al punto 25 e il contenuto dell'art. 24 del Capitolato per essere compatibili con la natura del Fondo Sanitario concorrente.

Risposta

Con riferimento al punto 25 della Domanda di partecipazione, si conferma la possibilità di utilizzare, per i soggetti che non emettono fattura, la dicitura proposta in domanda. Con riferimento al capitolo 24 del Capitolato tecnico, in caso di aggiudicazione, in sede di stipula la previsione sarà opportunamente modulata



al fine di adattarne il contenuto alle eventuali caratteristiche proprie del soggetto aggiudicatario. Si conferma la non applicabilità della fatturazione elettronica ai soggetti che non sono titolari di Partita Iva.

45) Domanda

- a) In merito al paragrafo 5.1 dell'Allegato 4 Capitolato tecnico e al paragrafo 3 del Disciplinare, si chiede conferma che il Piano Sanitario, con contributo a carico dell'Azienda, sia prestato ai seguenti familiari:
- coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016), non legalmente ed effettivamente separato;
 - convivente di fatto di cui alla L. 76/2016 (Art. 1, commi 36 – 65);
 - figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) senza limiti di età;
 - figli non fiscalmente a carico purché conviventi (risultanti dallo stato di famiglia);
 - figli non fiscalmente a carico non conviventi sino a 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sedi in province diverse rispetto a quella di residenza del genitore titolare iscritto.
- b) Qualora tale interpretazione sia corretta, si chiede conferma che, per essi, sia previsto un premio annuo lordo pari a € 700,00.

Risposta

- a) Si conferma
- b) il premio annuo lordo posto a base d'asta è pari a € 700,00 per l'intero nucleo familiare.

46) Domanda

- a) In merito al paragrafo 5.2 dell'Allegato 4 - Capitolato tecnico e al paragrafo 3 del Disciplinare, si chiede, nei confronti dei familiari non fiscalmente a carico, se sia previsto un premio annuo distinto per i seguenti casi:
- premi relativi all'adesione componente del nucleo familiare non fiscalmente a carico con massimali condivisi;
 - premi relativi all'adesione componente del nucleo familiare non fiscalmente a carico con massimali autonomi;
- b) Inoltre, se l'interpretazione di cui sopra fosse corretta, si chiede se sia possibile offrire due premi con importi diversi oppure se è necessario che il premio sia lo stesso.

Risposta

- a) Si conferma;
- b) È possibile offrire due premi con importi diversi. Si rammenta che le quotazioni in questione *“essendo a carico esclusivo del dipendente interessato ad usufruirne non sono oggetto di valutazione in sede di gara”* (par. 3 del Disciplinare di gara).



47) Domanda

Si chiede conferma che la rete di centri convenzionati previsti nel Capitolato tecnico possa essere resa disponibile dal Fondo Sanitario concorrente in virtù di un preesistente contratto di servizi che il Fondo ha stipulato con una società che fornisce accesso alla propria rete convenzionata di strutture ai sensi dell'art. 105, comma 3 lett. c-bis, del Codice Appalti (contratto che sarà trasmesso, in caso di aggiudicazione, alla stazione appaltante nei termini previsti) e che ciò quindi non configuri subappalto.

Risposta

Si conferma che non realizza subappalto la rete di strutture convenzionate della quale il concorrente dispone in virtù di preesistenti contratti di servizio.

48) Domanda

Si chiede conferma che in caso di partecipazione in forma singola di un Fondo Sanitario, quest'ultimo possa assicurare il rischio contraendo una polizza con una Compagnia che verrà resa nota in caso di aggiudicazione del servizio.

Risposta

La domanda non è chiara. Laddove intenzione del richiedente sia quella, in caso di aggiudicazione, di stipulare una polizza assicurativa per ottenere, nel proprio interesse, una copertura dei rischi potenzialmente derivanti dall'esecuzione del contratto, nulla osta in tal senso e non occorre rendere noti gli estremi dell'assicuratore. Laddove invece intenzione del richiedente sia quella affidare ad una Compagnia assicuratrice parte della prestazione oggetto di appalto, resta ferma la disciplina in tema di subappalto prevista dal par. 9 del Disciplinare di gara e dall'art. 105 D.Lgs. 50/2016.