



## CHIARIMENTI

**OGGETTO: Gara europea a procedura aperta ai sensi dell'art. 60, D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., per l'affidamento della Polizza sanitaria – RSMO – rimborso spese medico ospedaliere - CIG 99189608BA - CUI S00518460019202300085**

### Chiarimento 1

In merito al requisito di capacità tecnico-professionale ex art. 7.3 punto n. 2 del Disciplinare ed in particolare riguardo alla modalità di comprova del requisito ivi prevista di cui al precedente punto 2 - rete di strutture sanitarie - è fornita mediante certificati rilasciati dalle strutture convenzionate attestanti il tipo di servizio fornito, si chiede di confermare se la suddetta comprova possa ritenersi assolta presentando gli elenchi delle strutture convenzionate.

### Risposta 1

Non si conferma.

Come precisato al par. 7.3 del disciplinare di gara, cui si rinvia, in fase di partecipazione il concorrente, mediante la compilazione del DGUE e della domanda di partecipazione, dichiara il possesso dei requisiti tecnico- professionali di cui trattasi.

La comprova dei requisiti dichiarati, a cura del concorrente aggiudicatario, potrà essere fornita:

- **per il requisito di cui alla lettera a), punto 1 del par. 7.3**, mediante originale o copia conforme dei certificati rilasciati dall'amministrazione/ente contraente, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione e il numero degli assicurati; oppure originale o copia autentica dei certificati rilasciati dal committente privato, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione e il numero degli assicurati. Sono ritenuti idonei ai fini della comprova altresì i certificati di polizza firmati dalla Compagnia e dal Contraente e riportanti l'oggetto contrattuale, il periodo di esecuzione, l'importo dei premi e il numero di assicurati.
- **per il requisito di cui alla lettera a), punto 2 del par. 7.3**, mediante certificati rilasciati dalle strutture convenzionate attestanti il tipo di servizio fornito. Sono ritenuti idonei ai fini della comprova altresì gli estratti dei contratti di convenzione riportanti il frontespizio e la pagina con la sottoscrizione.

### Chiarimento 2

Nel caso venga esercitata dalla Stazione Appaltante la facoltà di rinnovo biennale del contratto si chiede conferma che l'aggiudicatario possa rifiutarsi di proseguire il servizio.

### Risposta 2

Si conferma.

### Chiarimento 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, indicare le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

**Risposta 3**

Si conferma.

**Chiarimento 4**

Si chiede conferma che per la comprova del requisito della raccolta premi nel ramo malattia di cui al paragrafo 7.2 lett. b) del disciplinare si possano fornire i bilanci da cui risulta la raccolta nel ramo in questione.

**Risposta 4**

Si conferma.

**Chiarimento 5**

Si chiede conferma che per la comprova del requisito dei servizi analoghi di cui al paragrafo 7.3., lett. a), del disciplinare ("*aver prestato il servizio oggetto di affidamento a favore di almeno n° 3 (tre) destinatari pubblici o privati nel triennio 2020/2021/2022*") si possano fornire i certificati di polizza firmati dalla Compagnia e dal Contraente e riportanti l'oggetto contrattuale, il periodo di esecuzione, l'importo dei premi e il numero di assicurati.

**Risposta 5**

Si conferma.

**Chiarimento 6**

Si chiede conferma che ai fini del soddisfacimento del possesso da parte dell'operatore economico del requisito minimo relativo ai "centri medici non abilitati al ricovero notturno" si possano considerare oltre ai poliambulatori, ai day hospital, ai centri diagnostici e ai laboratori di analisi anche i centri medici anche se non espressamente inseriti nell'elenco tra parentesi.

**Risposta 6**

Si conferma.

**Chiarimento 7**

Si chiede conferma che per la comprova del requisito della rete di strutture sanitarie convenzionate di cui al paragrafo 7.3., punto 2 del disciplinare si possa fornire l'elenco dettagliato delle strutture convenzionate o in subordine, gli estratti dei contratti di convenzione riportanti il frontespizio e la pagina con la sottoscrizione.

**Risposta 7**

Si conferma.



#### **Chiarimento 8**

Si chiede conferma che il nominativo del Fondo Sanitario citato nelle definizioni di polizza come "contraente" sarà comunicato dall'aggiudicatario della gara solo dopo l'aggiudicazione.

#### **Risposta 8**

Si conferma.

#### **Chiarimento 9**

Si chiede conferma che in relazione agli elementi di valutazione EV.6 e EV.7 dell'offerta tecnica si debbano indicare i numeri considerando sia le strutture abilitate al ricovero notturno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere -scientifico) che centri medici non abilitati al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri medici).

#### **Risposta 9**

Si conferma, con esclusione dei centri odontoiatrici e degli studi dentistici.

#### **Chiarimento 10**

Si chiede conferma che il riferimento alla "relazione tecnica" contenuto all'ultimo capoverso del paragrafo 15 del disciplinare ("*il concorrente a tal fine allega anche una copia firmata della relazione tecnica...*") debba intendersi all'offerta tecnica considerato che non è prevista una relazione tecnica da disciplinare ma solo un'offerta tecnica da redigere sulla base del fac-simile fornito dalla stazione appaltante.

#### **Risposta 10**

Si conferma.

#### **Chiarimento 11**

Con riferimento all'All. A – Dichiarazione ex art. 95 co. 10, D. Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. si chiede conferma che l'impegno stimato per ogni profilo professionale possa essere espresso in ore/uomo anziché in giorni /uomo.

#### **Risposta**

Si conferma.

#### **Chiarimento 12**

Con riferimento al requisito della "prenotazione" indicato a pag. 17 del disciplinare ("*Prenotazione diretta da parte della Compagnia*") e a pag. 16 della Capitolato ("*Prenotazioni di prestazioni sanitarie*") si chiede conferma che il predetto requisito possa intendersi soddisfatto con la messa a disposizione all'Assistito di un servizio, fruibile 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 chieda alla Centrale operativa, sempre via web, l'autorizzazione allo svolgimento della



prestazione di cui ha bisogno. Una volta ottenuta l'autorizzazione, sarà l'Assistito stesso a contattare la struttura selezionata, normalmente per telefono, e prenotare l'appuntamento.

#### **Risposta 12**

Non si conferma.

#### **Chiarimento 13**

Con riferimento alla seguente previsione a pag. 17 del disciplinare *“La rete dichiarata, eventualmente integrata come da offerta tecnica del concorrente, dovrà rimanere fissa ed immutabile per tutta la durata del contratto. Sarà consentita, esclusivamente, una modifica massima del 5% rispetto al numero delle strutture dichiarate”* si chiede:

- che il requisito della rete *“fissa ed immutabile”* si intenda sotto un profilo quantitativo (cioè di numero di strutture), potendo gli enti convenzionati fisiologicamente mutare nel tempo, come confermato anche dal fatto che è previsto anche un tetto del 5%;
- che il limite della modifica massima del 5% si intenda solo in difetto (come riduzione del numero di strutture), mentre non ci sia un limite in caso di aumento della rete.

#### **Risposta 13**

Si conferma.

#### **Chiarimento 14**

Capitolato di polizza – Sez. I, Definizioni. Nel merito della definizione di *“Franchigia”*, si chiede conferma che la franchigia vada intesa come assoluta.

#### **Risposta 14**

Si conferma.

#### **Chiarimento 15**

Capitolato di polizza – Sez. I, Definizioni. Alla definizione di *“Nucleo Familiare”* si legge: *“Il coniuge [...] ed i figli conviventi o non conviventi purché fiscalmente a carico”*. Si chiede se sia corretto interpretare che i figli dei Titolari, anche non conviventi, debbano essere in possesso del domicilio in Italia. La scrivente Compagnia fa infatti presente di non essere autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in stati diversi dall'Italia e di poter pertanto assicurare esclusivamente persone fisiche che abbiano il loro domicilio in Italia e siano dotate di codice fiscale italiano.

#### **Risposta 15**

Si conferma la sola condizione di possesso di codice fiscale italiano.

Come da capitolato, l'assicurazione è operante nel mondo intero; per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.



#### **Chiarimento 16**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 2 (Soggetti Assicurati). Si legge: *“E' data facoltà al Dipendente di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo familiare, così come identificato nelle “Definizioni”, con costo a proprio carico”*. Si chiede conferma che la possibilità di includere in copertura il nucleo familiare, con costi a proprio carico, sia riservata anche al personale Docente e non solo al personale Tecnico Amministrativo, come si desume dalla lettura delle *“Definizioni”*.

#### **Risposta 16**

Si conferma.

#### **Chiarimento 17**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. C). Con riferimento alle prestazioni eseguite nei 120 giorni antecedenti all'intervento, 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” e “pre-intervento”, ai sensi della presente garanzia, quelle prestazioni al cui esito emergesse la necessità di disporre un ricovero o eseguire un intervento.

#### **Risposta 17**

Sono da intendersi incluse le spese pre ricovero e pre intervento anche se non ancora fissata la data dell'intervento, purché le prescrizioni siano inerenti alla stessa patologia.

#### **Chiarimento 18**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. C). con riferimento:

- a. alle medicine riconosciute a seguito di intervento si chiede conferma che siano indennizzabili solo quelle prescritte in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati).
- b. alle garanzie di cui al presente articolo, si chiede conferma che siano coperte le spese sostenute dall'Assicurato solamente qualora tali prestazioni siano necessariamente eseguibili in regime di ricovero per loro stessa natura o in virtù della condizione di salute dell'Assicurato, come desumibile dalla cartella clinica (contenente anche la S.D.O.). Qualora non sussistano tali condizioni, la Compagnia riconosce le spese del Ricovero improprio nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili ai sensi di polizza;
- c. alle spese per il trasporto dell'assicurato si chiede conferma che la scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa;



- d. alle spese per il trasporto dell'assicurato e all'accompagnatore dell'assicurato si chiede conferma che tali prestazioni siano indennizzabili solamente in caso di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza;

#### **Risposta 18**

- a. Si conferma
- b. Si conferma
- c. Si conferma
- d. Si conferma

#### **Chiarimento 19**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. C). Con riferimento alle prestazioni post ricovero e le cure termali, si chiede di precisare se le stesse, per essere indennizzate, debbano avvenire in vigenza di copertura oppure se il termine dei 120 giorni entro le quali 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 19**

Qualora le spese siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti più attiva, si precisa che debbano essere riconosciute all'assicurato in quanto funzionalmente legate ad un ricovero avvenuto in vigenza di copertura.

#### **Chiarimento 20**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. C). Nell'ambito delle garanzie riferite al parto cesareo e al parto non cesareo, si chiede se sia corretto ritenere che gli "accertamenti diagnostici" e gli "esami sostenuti anche per il neonato" indennizzabili ai sensi della presente garanzia siano solo quelli eseguiti durante la permanenza in Istituto di cura dovuta al parto: gli accertamenti diagnostici, in generale (quindi anche quelli eseguiti prima e dopo il parto), sarebbero indennizzabili ai sensi della lettera d - "cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio)", mentre gli esami sostenuti per il neonato non rientrerebbero nell'ambito di altre garanzie. In caso contrario, si chiede di precisare l'esatta portata della garanzia e il suo rapporto con altre garanzie previste dal contratto.

#### **Risposta 20**

Si conferma.

#### **Chiarimento 21**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. C), bullet "trapianti-donatore" e "prima e dopo ricovero; ricoveri per trapianti - terapie antirigetto". Viste queste disposizioni specifiche, si chiede di chiarire con riferimento ai trapianti:



- a. quali siano le prestazioni indennizzabili nel caso in cui l'assicurato sia donatore, con dettaglio di spese pre e post ricovero (e, se comprese, numero di giorni rispetto al ricovero) e spese durante il ricovero;
- b. quali siano le prestazioni indennizzabili nel caso in cui l'assicurato sia ricevente, con dettaglio di spese pre e post ricovero (e, se comprese, numero di giorni rispetto al ricovero) e spese durante il ricovero.

### **Risposta 21**

Le prestazioni così identificate dalla letteratura medica.

### **Chiarimento 22**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. D). Con riferimento ai trattamenti fisioterapici e rieducativi, si chiede se sia corretto ritenere tale garanzia operante nei soli casi in cui la fisioterapia sia stata prescritta in diretta conseguenza di malattie o infortuni, ma senza che nel frattempo l'assicurato abbia subito un ricovero per quella stessa problematica che renda necessaria la fisioterapia. Ciò per distinguere chiaramente questi casi di fisioterapia da quella rientrante tra le prestazioni post ricovero ed evitare che, decorsi i 120 giorni post ricovero, l'assicurato che debba fare ulteriore fisioterapia possa chiederne l'indennizzo ai sensi della presente garanzia.

### **Risposta 22**

Non si conferma.

### **Chiarimento 23**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. D). Con riferimento all'ultimo punto dell'elenco (*“medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici”*), si legge: *“Relativamente ai prodotti non ben identificati, nella prescrizione fatta dal Medico di Medicina Generale o dal Medico Specialista, dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene”*. Si chiede di precisare cosa si intenda per *“prodotti non ben identificati”* e se non sia preferibile, in questi casi, chiedere un maggiore livello di trasparenza al medico, che indichi cioè la composizione del prodotto e la sua finalità terapeutica con riferimento alle specifiche esigenze del paziente, anziché richiedere solamente l'indicazione che i prodotti prescritti *“non sono a fine estetico e/o per l'igiene”*.

### **Risposta 23**

Si veda CSO, art. 3, lett. d), punti a), b).

### **Chiarimento 24**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. G). Si chiede se, ai sensi di quanto indicato nel testo della garanzia, sia corretto ritenere che:

- c. essa operi con esclusivo riferimento a prestazioni ambulatoriali e di Day Hospital (quindi esclusi i casi di “ricovero” in senso stretto, ossia di degenza con pernottamento);
- d. l'indicazione *“Questa garanzia [...] va utilizzata prima degli altri massimali a disposizione”* significhi che, in caso di esaurimento del massimale previsto da questa garanzia, l'assicurato possa attingere,



a seconda della prestazione eseguita, ai massimali previsti per le prestazioni di cui alle precedenti lettere d) e f).

#### **Risposta 24**

Si conferma.

#### **Chiarimento 25**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 3 (Oggetto dell'assicurazione), lett. J). Si chiede conferma che le spese funerarie per rimpatrio salma siano riconosciute nei soli casi in cui il decesso dell'assicurato sia avvenuto nell'ambito di eventi indennizzabili ai sensi di polizza.

#### **Risposta 25**

Si conferma.

#### **Chiarimento 26**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 4 (Ticket SSN). L'utilizzo del SSN viene previsto con riferimento a tutte le garanzie presenti all'art. 3, ad eccezione del rimpatrio salma (lettera j.). Si chiede di chiarire se la mancata indicazione tra le eccezioni delle garanzie di cui alle lettere h. (protesi ortopediche e acustiche) e i. (lenti e occhiali da vista) vada interpretata come un refuso. In caso contrario, si chiede di chiarire come operi il SSN in riferimento a tali garanzie.

#### **Risposta 26**

Non pare applicabile il ticket a queste prestazioni, tuttavia qualora applicabile non è da ritenersi escluso.

#### **Chiarimento 27**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 6 (Garanzia di assistenza in caso di non autosufficienza – LTC), lett. D). Si chiede un chiarimento con riferimento alla seguente previsione: *“Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente”*. Nello specifico, si chiede di chiarire se tale durata massima sia riferibile alla sola permanenza dell'assicurato nello stato di non autosufficienza, senza alcun riferimento alla sorte del contratto (che potrebbe nel frattempo essere cessato) e/o alla posizione del singolo assicurato (che potrebbe non essere più assicurato nell'ambito del contratto, ancora attivo, una volta risolto il suo rapporto di lavoro), oppure se la disposizione debba essere interpretata in altro senso.

#### **Risposta 27**

Si conferma.

#### **Chiarimento 28**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 6 (Garanzia di assistenza in caso di non autosufficienza – LTC), lett. F) – *Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza*. Si legge: *“Dovrà inoltre*



*allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro". La documentazione che comprova l'esistenza di un rapporto di lavoro, nella quale deve risultare anche il corrispettivo pattuito per le prestazioni di assistenza, non si ritiene sufficiente ai fini dell'ottenimento di un rimborso, che presuppone l'esatta quantificazione della somma di cui viene chiesto il pagamento all'assicurato volta per volta (es. ogni mese o quando dovute). Si chiede pertanto di poter prevedere che, in assenza di fatture e ricevute, l'assicurato debba inviare non solo la documentazione comprovante l'esistenza del rapporto di lavoro, ma anche la prova del pagamento delle specifiche spese di assistenza sostenute, in modo che non debba essere la Compagnia, ad ogni istanza di rimborso, a formulare espressa richiesta in tal senso (come previsto dal seguente successivo paragrafo: "Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso").*

#### **Risposta 28**

La richiesta non è accoglibile.

#### **Chiarimento 29**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 6 (Garanzia di assistenza in caso di non autosufficienza – LTC), lett. H) - *Riconoscimento dello stato di non autosufficienza*. Si legge: "Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato". Si chiede a tale proposito di chiarire:

- a partire da quale data vadano calcolati i suddetti 14 giorni (dalla data più recente apposta nella documentazione medica giustificativa dello stato di salute dell'assicurato?);
- se il suddetto termine di 14 giorni possa considerarsi come ordinatorio e non perentorio, atteso come, nella disciplina generale del contratto assicurativo, l'inosservanza del termine previsto per la denuncia del sinistro dovrebbe produrre conseguenze in capo all'assicurato solo previa dimostrazione del suo dolo/colpa e, in questo secondo caso (colpa), del pregiudizio sofferto dall'impresa di assicurazione a causa della denuncia tardiva;
- se lo stato di non autosufficienza, per essere indennizzato ai sensi del presente contratto, debba essersi verificato in vigenza di copertura, non valendo in tal caso la disciplina prevista dal paragrafo 4 (Estensioni di garanzia) della Sez. II - Limitazioni ed estensioni.

#### **Risposta 29**

- Dalla data più recente
- Termine ordinatorio
- Si conferma

#### **Chiarimento 30**

Capitolato di polizza – Sez. I, art. 6 (Garanzia di assistenza in caso di non autosufficienza – LTC), lett. H) - *Riconoscimento dello stato di non autosufficienza*. In chiusura, uno dei requisiti affinché un



*“fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza” possa “essere nuovamente esaminato dalla Società” è che “il contratto sia ancora in vigore”. Si chiede di precisare se il senso di questo inciso sia che il contratto debba essere in vigore nel momento in cui si verifichi l'evento previsto (ossia l'attestazione dello stato di non autosufficienza) o nel momento in cui venga presentata una nuova richiesta di esame del fascicolo.*

### **Risposta 30**

Si conferma che il contratto deve essere in vigore nel momento dell'attestazione dello stato di non autosufficienza.

### **Chiarimento 31**

Capitolato di polizza – Sez. II, art. 3 (Esclusioni dall'assicurazione). Tra i casi in cui l'assicurazione non è operante vi è anche (terzo punto elenco) quello dei *“ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio”*. Si chiede se la suddetta esclusione possa essere integrata rendendola operativa anche per i casi di Day Hospital (che formalmente non sono “ricoveri”, mancando il pernottamento), ma consentendo che gli stessi (ricoveri e Day Hospital) siano comunque indennizzati come tali qualora prescritti in considerazione delle condizioni di salute degli assicurati, come evidenziate nella documentazione medica allegata, anche se per eseguire prestazioni effettuabili in regime ambulatoriale.

### **Risposta 31**

La richiesta non è accoglibile.

### **Chiarimento 32**

Capitolato di polizza – Sez. II, art. 4 (Estensioni di garanzia). Si legge: *“Sono incluse nell'assicurazione: le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;”*. Si chiede conferma che tale operatività sia riferita alle sole malattie pregresse e non anche agli infortuni verificatisi prima della decorrenza della copertura.

### **Risposta 32**

Non si conferma.

### **Chiarimento 33**

Capitolato di polizza – Sez. III, art. 1 (Denuncia del sinistro). Si chiede conferma che in caso di Infortunio deve essere presentato, fra gli altri documenti, il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

### **Risposta 33**



Non si conferma.

#### **Chiarimento 34**

Capitolato di polizza – Sez. III, art. 1 (Denuncia del sinistro). I primi due capoversi dell'articolo sembrano porre a capo dell'Assicurato un obbligo ("dovrà") di rivolgersi alla Centrale Operativa prima dello svolgimento di qualsiasi prestazione sanitaria, sia in regime di assistenza diretta che a rimborso, e che, in caso contrario, dovrà chiedere alla struttura sanitaria di certificare i "motivi di urgenza". Tale disciplina non risulta in linea con la prassi normalmente adottata, secondo la quale il previo contatto con la Centrale Operativa è necessario solo con riferimento all'utilizzo di strutture convenzionate, che deve essere preventivamente autorizzato. Per quanto concerne le prestazioni usufruite presso strutture non convenzionate/SSN, invece, l'Assicurato non ha alcun obbligo di previo contatto della Compagnia/Centrale Operativa, che valuterà se la richiesta di rifusione delle spese sostenute sia o meno accoglibile ai sensi di polizza. Si chiede pertanto se i due paragrafi possano considerarsi come non apposti. In caso contrario, si chiede di chiarire meglio la portata delle disposizioni.

#### **Risposta 34**

L'assicurato dovrà rivolgersi alla centrale operativa per le prestazioni in regime di assistenza diretta.

#### **Chiarimento 35**

Capitolato di polizza – Sez. III, art. 2 (Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia). Si chiedono i seguenti chiarimenti:

- il pagamento della penale deve essere richiesto da un soggetto (Politecnico di Torino? Singolo assicurato?) oppure va calcolato automaticamente dalla Compagnia e liquidato in un'unica soluzione assieme all'indennizzo dovuto per la prestazione richiesta?
- È corretto ritenere che il 15% di penale si applichi per ritardi compresi tra 1 e 7 giorni e che il 5% ulteriore vada aggiunto con riferimento a successivi ritardi settimanali (es. +5% per ritardi tra gli 8 e i 14 giorni, + ulteriore 5% per ritardi tra i 15 e i 21 giorni, ecc...)?

#### **Risposta 35**

Il pagamento della penale deve essere richiesto dall'Assicurato.

Si conferma quanto indicato nel quesito relativamente all'ammontare della penale.

#### **Chiarimento 36**

Si chiede conferma che nel caso la stazione appaltante eserciti l'opzione di proroga del servizio gli importi dei massimali delle garanzie del capitolato debbano intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

#### **Risposta 36**

Si conferma.



#### **Chiarimento 37**

Si chiede conferma che non sia considerato day hospital né la permanenza al Pronto Soccorso né la permanenza in reparto a seguito di intervento ambulatoriale.

#### **Risposta 37**

Si conferma

#### **Chiarimento 38**

Si chiede conferma che la lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la Cartella clinica completa.

#### **Risposta 38**

Si conferma (laddove non presente e/o disponibile); serve comunque il diario clinico, con descrizione dettagliata intervento o documento equivalente per l'estero.

#### **Chiarimento 39**

Si chiede conferma che per centro medico debba intendersi la struttura, anche non adibita al Ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici

#### **Risposta 39**

Si conferma.

#### **Chiarimento 40**

Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva sia erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.

#### **Risposta 40**

È prevista un'indennità per ogni giorno di ricovero in ospedale e/o casa di cura se tutte le spese effettuate durante il ricovero sono a totale carico del servizio sanitario nazionale.

Si conferma la non trasmissibilità agli eredi.

#### **Chiarimento 41**

Si chiede conferma che non sono considerati istituti di cura:

- o le case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
- o gli istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).



#### **Risposta 41**

Si conferma.

#### **Chiarimento 42**

Si chiede conferma che in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

#### **Risposta 42**

NON si conferma.

#### **Chiarimento 43**

Si chiede conferma che sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Si chiede inoltre conferma che rientrino nella definizione di visite specialistiche, e quindi siano oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

#### **Risposta 43**

Si conferma

#### **Chiarimento 44**

Capitolato Art.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera d). Con riferimento ai trattamenti fisioterapici e rieducativi si chiede conferma che:

1) devono essere effettuati solo in Centri medici, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

2) nel caso di presenza contemporanea:

- dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (di cui alla lettera a);
- dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nel presente articolo)

i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 120 giorni successivi al ricovero) come conseguenza di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, mentre i secondi solo se prescritti a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l'assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero).



Con riferimento ai primi si chiede inoltre conferma che decorso il termine di 120 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la presente garanzia.

3) siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento.

- l'assicurato deve produrre la seguente documentazione ai fini del riconoscimento dell'indennizzo:

- i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
- ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
- iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico.

Con riferimento ai medicinali si chiede conferma che:

- sono riconosciute le spese per medicinali compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie; sono esclusi anche i parafarmaci;
- ai fini del rimborso, si considera come data del pagamento la data della fattura presentata dall'Assicurato, a meno che il pagamento non risulti effettuato in una data diversa da quella della fattura: ciò può emergere da quanto eventualmente indicato nella fattura stessa oppure da apposita documentazione (es. scontrino) che l'Assicurato presenti di sua iniziativa per evidenziare tale elemento alla Compagnia.

#### **Risposta 44**

1. Si conferma la qualifica del Sanitario ma possono essere svolti anche a domicilio, non necessariamente presso Centri medici
2. Non si conferma
3. Si conferma

Documentazione, si conferma.

Medicinali, si conferma.

#### **Chiarimento 45**

Capitolato Art.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera e). Si chiede conferma che tali prestazioni possano essere effettuate esclusivamente in assistenza diretta, in considerazione del fatto che mentre:

o A pag. 8 del capitolato è infatti previsto che "La garanzia viene prestata esclusivamente per prestazioni effettuate in regime di convenzionamento";

o A pag. 9 viene si fa riferimento alle richieste di rimborso.

#### **Risposta 45**

Si conferma SOLO in regime di Convenzionamento.

#### **Chiarimento 46**



Capitolato Art.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera h). Si chiede conferma che per tali prestazioni sia previsto esclusivamente il regime rimborsuale.

#### **Risposta 46**

Si conferma

#### **Chiarimento 47**

Con riferimento agli apparecchi acustici si chiede conferma che siano indennizzabili a seguito dei seguenti eventi (e previa presentazione della documentazione sotto riportata):

- **modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
- **rottura apparecchio:** foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio;
- **smarrimento/furto:** copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio.

#### **Risposta 47**

Si conferma.

#### **Chiarimento 48**

Capitolato Art.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera i). Si chiede conferma che:

- a. siano incluse le montature (ad eccezione dell'acquisto della sola montatura)
- b. siano escluse le lenti "usa e getta"
- c. sia previsto solo il regime rimborsuale
- d. la modifica del visus deve essere successiva all'ingresso in copertura dell'assicurato
- e. la modifica del visus debba essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto
- f. l'acquisto degli occhiali/lenti debba avvenire in vigenza contrattuale

#### **Risposta 48**

- a. Si conferma
- b. Non si conferma
- c. Si conferma
- d. Si conferma
- e. Si conferma
- f. Si conferma

#### **Chiarimento 49**



Capitolato Art.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera k). Si chiede conferma che l'assicurato debba presentare:

- > per cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
- > per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle.

#### **Risposta 49**

La documentazione da produrre è quella indicata alla lettera k).

#### **Chiarimento 50**

Capitolato Art.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera l). Si chiede conferma che massimale, scoperti e franchigie siano gli stessi di quelli della lettera "k".

#### **Risposta 50**

Prestazione solo in regime di convenzionamento per una seduta, eventuale seconda seduta sulla base delle condizioni indicate in capitolato.

#### **Chiarimento 51**

Capitolato Art.6 – GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA. Si chiede conferma che la garanzia operi in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.

#### **Risposta 51**

Non si conferma "per un periodo superiore a 90 giorni".

#### **Chiarimento 52**

Si chiede conferma che nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

#### **Risposta 52**

Si conferma.

#### **Chiarimento 53**

Si chiede conferma che in caso di assistenza diretta la compagnia debba garantire la presa in carico della richiesta entro massimo 4 giorni lavorativi.



**Risposta 53**

Non si conferma.

**Chiarimento 54**

con riferimento al regime rimborsuale si chiede conferma che i 45 giorni decorrenti dalla presentazione della documentazione completa debbano essere intesi come lavorativi. Si precisa inoltre che tale termine viene sospeso in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale.

**Risposta 54**

Con riferimento al regime rimborsuale, i sinistri dovranno essere liquidati entro 45 gg. consecutivi da calendario dalla presentazione della documentazione completa da parte dell'Assistito; tale termine viene sospeso in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale.

**Chiarimento 55**

Si chiede di ricevere le condizioni di assicurazione in corso e le condizioni di assicurazione del periodo 2018-2020. In caso non fossero disponibili, si chiede di ricevere indicazione delle principali differenze rispetto al capitolato tecnico del presente bando di gara.

**Risposta 55**

Si veda [https://www.swas.polito.it/services/polizze/doc\\_S.asp](https://www.swas.polito.it/services/polizze/doc_S.asp)

**Chiarimento 56**

Si chiede conferma che il premio da prevedere per il personale docente sia il medesimo previsto per il personale tecnico amministrativo pari a 1.000. In caso contrario, si chiede di ricevere il premio da considerare.

**Risposta 56**

Si conferma.

**Chiarimento 57**

Si chiede di ricevere le statistiche sinistri con indicazione della categoria dell'assicurato (PTA, PD, familiare) a cui si riferisce il sinistro.

**Risposta 57**

Le statistiche disponibili sono quelle pubblicate.

**Chiarimento 58**

Si chiede di ricevere il numero dei docenti e il numero dei familiari stimati per definire l'importo di premio annuo a base d'asta pari a 180.000.



#### **Risposta 58**

L'importo è stato stimato sulla base delle adesioni volontarie per nuclei familiari e personale docente riferito all'annualità assicurativa in corso, il cui numero è riportato nella tabella di cui alla risposta del successivo quesito 60.

#### **Chiarimento 59**

Si chiede di ricevere il numero di nuclei con un numero di familiari superiori a 3 unità.

#### **Risposta 59**

Dato non disponibile.

#### **Chiarimento 60**

Si chiede di ricevere per le annualità 2021-2022-2023:

i livelli di premio per le diverse categorie di assicurati (PTA, PD, familiare);

il numero di assicurati per le diverse categorie (PTA, PD, familiare).

#### **Risposta 60**

Per le annualità 2021-2022-2023:

Premio lordo annuo relativo a Dipendente (personale tecnico-amministrativo e personale docente e ricercatore): € 1.000,00

Premio annuo lordo per ciascun componente il Nucleo Familiare; € 850,00, fermo restando che l'ammontare massimo del premio dovuto per l'estensione della copertura assicurativa al nucleo familiare non può essere superiore al triplo del premio dovuto per il singolo componente, anche nel caso in cui il numero dei componenti il nucleo, oltre il Dipendente, sia superiore a tre.

<b>Tipologia</b>	<b>30.06.2020</b>	<b>30.11.2021</b>	<b>30.11.2022</b>
PTA	885	882	908
Familiari PTA	98	75	51
DOCENTI	110	87	95
Familiari DOCENTI	49	40	45

#### **Chiarimento 61**

Si chiede di indicare il numero di assicurati divisi per personale TA, persona Docente e Familiari per ciascuna annualità assicurativa dal 30/06/2018 al 30/06/2021 e dal 30/11/2021 al 30/11/2023.

#### **Risposta 61**

<b>Tipologia</b>	<b>30.06.2018</b>	<b>30.06.2019</b>
PTA	876	888



Familiari PTA	81	90
DOCENTI	58	75
Familiari DOCENTI	22	38

Per le successive annualità, si veda risposta al chiarimento n. 60.

### **Chiarimento 62**

Si chiede di indicare i premi complessivi versati per ciascuna annualità assicurativa dal 30/06/2018 al 30/06/2021 e dal 30/11/2021 al 30/11/2023, separatamente per il Personale TA e per le adesioni volontarie di Docenti e Familiari.

### **Risposta 62**

<b>Premi</b>	<b>30.06.2018</b>	<b>30.06.2019</b>	<b>30.06.2020</b>	<b>30.11.2021</b>	<b>30.11.2022</b>
Premio PTA	876.000	888.000	885.000	882.000	908.000
Premi adesioni volontarie (Personale docente + nuclei docenti + nuclei PTA)	145.550	183.800	234.950	184.750	176.600

I dati riportati nella tabella non tengono conto delle regolazioni e della proroga contrattuale 30.06.2021 – 30.11.2021.

### **Chiarimento 63**

Si chiede conferma che il premio per l'adesione volontaria del Personale Docente sia uguale a quello previsto per il Personale TA (1.000).

### **Risposta 63**

Si conferma.

### **Chiarimento 64**

Con riferimento al Capitolato Tecnico, relativamente al parto cesareo e al parto non cesareo riportati a pag. 6, è riportato che Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di 1.000,00 per evento. Si chiede conferma che in caso di ricorso al convenzionamento, le prestazioni relative a parto cesareo saranno liquidate con l'applicazione della franchigia di 1.000 prevista al punto a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico e le prestazioni relative a parto non cesareo saranno liquidate con l'applicazione della franchigia di 750 prevista al punto b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico.



**Risposta 64**

Si conferma.

**Chiarimento 65**

Con riferimento al Capitolato Tecnico, relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia a pag. 6, si chiede conferma che il massimale di 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare sia da intendersi complessivo per entrambi gli occhi e non per singolo occhio.

**Risposta 65**

Si conferma.

**Chiarimento 66**

Si chiede di integrare la statistica sinistri fornita tramite l'allegato Scheda SXX Unisalute 30.11.2021 - 31.05.2023 con l'indicazione, per ciascun sinistro, del riferimento alla categoria di assicurato. Colpito (caponucleo o familiare). Si chiede inoltre di fornire maggior dettaglio della garanzia colpita, con particolare riferimento a:

- a. Ricoveri specificando se si tratta di Ricoveri con intervento chirurgico, Ricoveri senza intervento, Day Hospital
- b. Indicazione dei sinistri afferenti la garanzia Alta Specializzazione

**Risposta 66**

Il maggior dettaglio richiesto non è disponibile.

**Chiarimento 67**

Si chiede conferma che il numero di dipendenti da prendere a riferimento per la valorizzazione dell'Allegato 1 - Domanda di partecipazione e dichiarazioni integrative sia quello da libro matricola, comprendente anche eventuali risorse distaccate in altre società del Gruppo di appartenenza del concorrente.

**Risposta 67**

Si conferma.

**Chiarimento 68**

Si chiede conferma che per i servizi web (accesso all'Area Riservata e all'App mobile) resi disponibili all'assicurato, sia possibile prevedere, per ragioni di maggiore sicurezza dei dati, una login a doppio fattore di autenticazione; l'accesso, pertanto, avverrà sempre in modalità MFA, ossia con invio di OTP su cellulare che, insieme ad un indirizzo di e-mail univoca dovrà essere necessariamente registrato dall'assicurato.

**Risposta 68**



Si conferma.

#### **Chiarimento 69**

Si chiede conferma che per il punteggio tecnico delle strutture su Alessandria e Cuneo, siano da considerare esclusivamente quelle indicate nel disciplinare di polizza ovvero: case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico, poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi.

#### **Risposta 69**

Si veda risposta al chiarimento n. 9.

#### **Chiarimento 70**

Disciplinare. Art. 3. OGGETTO E IMPORTO DELL'APPALTO. A pag.11, tra le due tabelle si legge: *"L'importo a base di gara include imposte e tasse dovute per legge ed è al netto delle opzioni previste."* Si chiede cosa si intenda per "opzioni previste".

#### **Risposta 70**

Le opzioni previste sono quelle riportate al par. 4.2 del disciplinare di gara, ovvero l'opzione del rinnovo del contratto, per ulteriori due anni, e della proroga dello stesso per il periodo massimo di 6 mesi.

#### **Chiarimento 71**

Capitolato. Art. 3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, pag.5. Al punto *"a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico"* e al punto *"b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico"*, si legge che *"Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 750 euro per singolo ricovero in Istituto di cura e di € 400 per singolo ricovero in ambulatorio"*. Relativamente al parto cesareo e al parto non cesareo si legge *"Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 1.000,00 per evento"*. Si chiede conferma dell'interpretazione per cui in caso di convenzionamento diretto, le prestazioni relative a parto cesareo e parto non cesareo saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 1.000€ per il primo e di € 750 euro per il secondo.

#### **Risposta 71**

Si veda risposta al chiarimento n. 64.

#### **Chiarimento 72**

Capitolato. Art. 3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, punto e), pagg. 8 e 9. Si chiede gentilmente conferma all'Ente che le singole prestazioni in elenco possano essere effettuate da ciascun assicurato una volta all'anno, anche se richieste in momenti diversi (non in unica soluzione), solo in



strutture sanitarie convenzionate con la Società ed entro il limite massimo di spesa per anno assicurativo e per nucleo.

#### **Risposta 72**

Si conferma.

#### **Chiarimento 73**

Capitolato. Art 3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, punto f. in caso di spese extra-ospedaliere, pag. 9. Si chiede all'Ente cortese conferma che possa essere intesa in copertura quale trattamento a scopo fisioterapico/riabilitativo o antalgico, al pari della tecarterapia e delle onde d'urto della medesima garanzia.

#### **Risposta 73**

Quesito incompleto.

#### **Chiarimento 74**

Capitolato. Art. 3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, pag. 9. Si chiede conferma che le prestazioni possano essere erogate o liquidate se prescritte dal medico curante, con indicazione della patologia presunta o accertata, in applicazione di quanto previsto all'art. 1. DENUNCIA DEL SINISTRO della Sezione III, alle pagine 20-21, punti a. Sinistri in Strutture convenzionate con la Società, b. Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società e c. Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale.

#### **Risposta 74**

Si conferma.

#### **Chiarimento 75**

Capitolato. Art. 7. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI, pag. 16. A. *Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato.* Si chiede conferma che nel caso di servizi erogati presso Strutture sanitarie convenzionate la Società provvederà a liquidare direttamente alle Strutture nel limite del massimale assicurato e ad eccezione di eventuali franchigie o scoperti, quando previsti, a carico dell'assicurato.

#### **Risposta 75**

Si conferma.

#### **Chiarimento 76**

All. A -Criteri di valutazione\_defTecnica e fac-simile dell'offerta tecnica: Dati i documenti excel "fac-simile dell'offerta tecnica" e pdf "All. A -Criteri di valutazione\_defTecnica", in cui per EV1, EV2, EV3 ed EV4 si tiene fermo lo scoperto in caso di prestazioni fuori convenzionamento. Si chiede conferma che



nel documento "All. A -Criteri di valutazione\_defTecnica", nel Criterio di Attribuzione, la "Percentuale di ribasso rispetto alla franchigia scoperto minimi indicato nel CSO offerto dall'operatore economico ( $\beta$ )" sia da intendersi come percentuale di riduzione delle franchigie e dei minimi indicati ma non dello scoperto, che rimane fisso.

**Risposta 76**

Si conferma.

**Chiarimento 77**

CAPITOLATO: Per maggior chiarezza nei confronti dell'Assicurato e per non incorrere in contenziosi, si propone di poter integrare l'Articolo 1. DEFINIZIONI per i seguenti punti:

- i. Day hospital: Degenza in Istituto di Cura in esclusivo regime diurno documentato da cartella clinica con scheda nosologica
- ii. Intervento Chirurgico: Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici ad esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.
- iii. Ricovero: Degenza in Istituto di Cura, comportante almeno un pernottamento, documentato da cartella clinica con scheda nosologica.

**Risposta 77**

Non si conferma.

**Chiarimento 78**

Si chiede conferma che, come indicato al punto 3. OGGETTO E IMPORTO DELL'APPALTO del Disciplinare, l'Articolo 2. SOGGETTI ASSICURATI si possa integrare indicando anche per il Personale Docente la facoltà di estendere la copertura sanitaria al proprio Nucleo familiare, così come identificato nelle Definizioni, con costo a proprio carico.

**Risposta 78**

Si conferma.

**Chiarimento 79**

Relativamente al punto g. in caso di malattie oncologiche dell'Articolo 3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE si chiede che siano indennizzabili tutte le spese connesse ad una malattia oncologica, indipendentemente dal regime in cui le stesse siano state effettuate, con priorità di utilizzo del massimale dedicato rispetto a quello di altre garanzie in cui le stesse sarebbero ugualmente ricomprese. Si chiede conferma di tale interpretazione ovvero si chiede di fornire la corretta interpretazione.

**Risposta 79**

Si conferma.



**Chiarimento 80**

Al punto 4. TICKET SSN si chiede cortese conferma che l'indennizzo del ticket avvenga entro il massimale previsto per la garanzia cui il ticket si riferisca.

**Risposta 80**

Si conferma.

**Chiarimento 81**

Al punto 9. CALCOLO DEL PREMIO si legge per l'Estensione al Nucleo Familiare \_\_\_\_\_X\_\_\_\_\_ per ciascun componente il Nucleo Familiare, dove X è il premio offerto dall'affidatario in relazione all'elemento di valutazione E.V. 9 della scheda di offerta tecnica. Si chiede cortese conferma che dove indicato E.V. 9 sia invece da considerarsi EV. 8 come riportato nel file Facsimile modello offerta tecnica.xlsx.

**Risposta 81**

Si conferma.

**Chiarimento 82**

Si chiede cortese conferma che la raccolta delle adesioni volontarie alla copertura del presente piano sanitario sia in capo al Politecnico o al broker incaricato.

**Risposta 82**

Si conferma che l'attività è in capo al Politecnico.

Pubblicati il 20.07.2023

Ufficio Appalti