PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

FAQ – RISPOSTE A RICHIESTE DI CHIARIMENTI
FAQ N. 1 (QUESITI DA 1 a 31)

QUESITI	RISPOSTE
QUESITO 1) **Con riferimento a quanto riportato all'art. 2 ("Estensioni di garanzia") del Capitolato, nella sezione "Condizioni comuni a tutte le opzioni", si chiede se l'interpretazione corretta sia quella di considerare operanti tali estensioni - ossia includere in copertura anche malattie e infortuni precedenti alla stipulazione della polizza - solo con riferimento agli assicurati che vengano inseriti inizialmente in copertura, mentre non valgano per coloro che fossero inclusi in polizza in un secondo momento, come ad esempio nuovi dipendenti o familiari inizialmente non inseriti tra i soggetti assicurati**	**RISPOSTA 1)** **Le estensioni di garanzia di cui all'Art. 2 - ossia includere in copertura anche malattie e infortuni precedenti alla stipulazione della polizza - vanno considerate per tutti gli assicurati, sia per coloro inizialmente inseriti in copertura sia per coloro (es. nuovi dipendenti o familiari) che venissero inseriti successivamente alla stipula del contratto.**
QUESITO 2) **Tra le garanzie Ospedaliere del Capitolato, in primis nella Polizza Base, vengono ricomprese anche le spese riferibili ad una serie di prestazioni eseguite "nei 120 giorni successivi al ricovero". Si chiede di precisare se tali prestazioni, per essere indennizzate delle relative spese, debbano comunque avvenire in vigenza di copertura oppure se il termine dei 120 giorni valga anche quando le stesse avvengano a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero iniziato (o terminato?) in vigenza di copertura.**	**RISPOSTA 2)** **Le prestazioni previste "nei 120 giorni successive al ricovero" dovranno essere rimborsate anche se avvenute oltre il termine di scadenza della polizza, fermo restando che l'evento collegato deve iniziare, e non necessariamente terminare, in vigenza di copertura.**
QUESITO 3) **Con riferimento alla garanzia "Lenti e occhiali" (lett. G) della Polizza Gold) del Capitolato, si formulano le seguenti richieste:** **- per "lenti" si devono intendere tutte le tipologie di lenti correttive di difetti visivi, anche quelle a contatto? In caso positivo, sono indennizzabili anche le cosiddette "usa e getta" (giornaliere)? E le lenti graduate di occhiali da sole?** **- Qualora fosse confermato che l'estensione a malattie e infortuni pregressi riguardi solo alcune categorie di assicurati (quelli entrati inizialmente in copertura), sarebbe corretto richiedere che per gli altri, nei cui confronti non operasse tale estensione, la modifica visus o la prima prescrizione, in quanto evento che giustifica la necessità di acquistare gli**	**RISPOSTA 3)** **- Per lenti si devono intendere tutte le tipologie di lenti comprese quelle a contatto; altresì sono indennizzabili le cosiddette usa e getta e le lenti graduate di occhiali da sole.** **- Come indicato nella Risposta 1) – le estensioni di garanzia sono valide per tutti gli assicurati.** **- Non riteniamo che debba essere una condizione prevista in polizza**

occhiali/lenti, debba essersi verificata in vigenza di copertura? **- È corretto prevedere un termine temporale massimo (es. 12 mesi) tra la data della prima prescrizione/attestazione di modifica visus e quella dell'acquisto degli occhiali/lenti?**	
QUESITO 4) **A Pag. 14 del disciplinare di gara art 2.4 è riportato che "si precisa inoltre che sarà consentito escludere dalla copertura sanitaria i dipendenti che non intendano aderire, anche in virtù di una opzione per altre forme assicurative incompatibili con quelle fornite dal datore di lavoro". A pag. 5 del Capitolato è riportato "Polizza base denominata "POLIZZA BASE": stipulata in forma obbligatoria in favore dei dipendenti in servizio e dei componenti del loro nucleo familiare fiscalmente a carico, con contributo interamente a carico dell'Associata PCM". Si chiede:** • **di chiarire se la polizza base per i dipendenti in servizio sia da intendersi ad adesione facoltativa o obbligatoria;** · **se la polizza è ad adesione obbligatoria, è possibile precisare quanto scritto all'art. 2.4 pag 14 del disciplinare sull'adesione dei dipendenti?** · **di chiarire se il numero di 3.245 dipendenti sul quale è stato calcolato il valore dell'appalto rappresenta il numero totale di dipendenti o il numero stimato di aderenti.**	**RISPOSTA 4)** **Si conferma quanto scritto al punto 2.4 del disciplinare di gara. La polizza base per i dipendenti in servizio è da intendersi ad adesione facoltativa, anche se completamente a carico dell'Amministrazione.** **Si conferma inoltre che il n. 3.245, riportato nel citato paragrafo 2.4 del disciplinare di gara, è riferito al totale dei dipendenti in servizio alla data del 22 marzo 2022.**
QUESITO 5) **Si chiede conferma che la remunerazione per il broker sia fissata in € 16.600 per la sola prima annualità; mentre per le altre due annualità è pari al 5%.**	**RISPOSTA 5)** **Si conferma.**
QUESITO 6) **Si chiede di confermare che la polizza base e la gold sono da intendersi alternative tra loro sia per il titolare (in servizio o pensionato) che per i familiari non a carico oppure se possibile sottoscriverle congiuntamente; in particolare si chiede di confermare le seguenti combinazioni di premio:** • **Il dipendente in servizio che aderisce alla sola GOLD paga un contributo interamente a suo carico € 1.695 ma se può**	**RISPOSTA 6)** **Si conferma che la Polizza Base e la Polizza Gold sono <u>POLIZZE ALTERNATIVE.</u>** **Pertanto sarà possibile per il DIPENDENTE aderire alla Base (con contributo interamente a carico dell'Amministrazione pari ad Euro 305) <u>OPPURE</u> aderire alla Polizza Gold (con contributo di Euro 2.000 ripartito come segue:** **- Euro 305 versato dall'Amministrazione**

aderire congiuntamente alla BASE + GOLD pagherà un contributo totale di € 2.000 derivante dalla somma di € 305 (per la base) a carico dell'Amministrazione e di € 1.695 (per la gold); • **Il pensionato che aderisce alla sola GOLD paga un contributo interamente a suo carico € 1.350 ma se può aderire congiuntamente alla BASE + GOLD pagherà un contributo totale di € 2.000 derivante dalla somma di € 650 (per la base) e di € 1.350 (per la gold) entrambi a suo carico;** • **I familiari non fiscalmente non a carico possono aderire alla sola GOLD, se il titolare ha aderito alla sola GOLD, pagando un premio di € 1000 pro capite interamente a carico dell'assicurato; in alternativa può aderire alla sola BASE, se il titolare ha aderito alla sola BASE, pagando un premio pro capite rispettivamente di € 250 o € 500 rispettivamente per dipendente in servizio o pensionato. Se il familiare non a carico può decidere di aderire congiuntamente alla BASE e alla GOLD può farlo solo se il titolare ha aderito ad entrambe pagando un premio complessivo di € 1.250 (€ 1000+ € 250) per dipendente in servizio o di € 1.500 (€ 1.000 + € 500) per pensionato.**	**- Euro 1.695 a carico del dipendente)** **Il PENSIONATO potrà aderire alla Polizza Base (con contributo a suo carico di Euro 650) <u>OPPURE</u> alla GOLD (con contributo a suo carico pari ad Euro 2.000)** **I familiari non fiscalmente a carico possono aderire <u>solo</u> all'opzione scelta dal titolare capo-nucleo con contributo a proprio carico come indicato nel capitolato di polizza all'Art. 6) – Premio.**
QUESITO 7) **Si chiede di ricevere copia delle condizioni in corso o, in alternativa, l'indicazione delle modifiche rilevanti rispetto alle condizioni poste a base d'asta.**	**RISPOSTA 7)** **Le condizioni normative in corso, sono quelle del capitolato di gara della procedura svolta nel 2019 (CIG 7846628a42) come da link di seguito indicato: <u>Governo Italiano - Amministrazione Trasparente: Bandi di gara e contratt</u>**
QUESITO 8) **In riferimento al file "CAPITOLATO TECNICO_ALLEGATO C5 - Sinistri 2019_2021" si chiede:** • **di ricevere un dettaglio maggiore per garanzia analogo a quello presente negli allegati da C1 a C4;** • **se il costo sinistri include solo gli importi liquidati oppure anche gli importi legati a**	**RISPOSTA 8)** **Si allega file con dettaglio per sinistro per il periodo 31.08.2019 – 31.12.2021 (il file è aggiornato alla data del 31.12.2021)** **Relativamente all'Allegato "CAPITOLATO TECNICO_ALLEGATO C5 - Sinistri 2019_2021":** - **il file comprende solo gli importi liquidati**

<table>
<tr>
<td>

sinistri aperti/posti a riserva. Nel secondo caso si chiede di ricevere la distinzione dell'importo tra liquidato e riservato;

- **di specificare se la statistica comprende anche i sinistri legati ai familiari non a carico;**
- **di ricevere indicazione dei sinistri legati ai familiari non a carico.**

</td>
<td>

- il file comprende tutti gli assicurati compresi i familiari non a carico

I dati disponibili sono quelli pubblicati.

</td>
</tr>
<tr>
<td>

QUESITO 9)
In riferimento alle ultime tra annualità si chiede di ricevere indicazione di tutti i livelli di premio pro capite /per nucleo previsti.

</td>
<td>

RISPOSTA 9)

<table>
<tr><th></th><th>POLIZZA BASE</th><th>POLIZZA SILVER</th><th>POLIZZA GOLD</th></tr>
<tr><td>Dipendente in servizio e nucleo fiscalmente a carico</td><td>175 €</td><td>3.560 €</td><td>3.860 €</td></tr>
<tr><td>Familiare non fiscalmente a carico</td><td>285 €</td><td>1.360 €</td><td>1.470 €</td></tr>
<tr><td>Dipendente in quiescenza e nucleo fiscalmente a carico</td><td>265 €</td><td>3.560 €</td><td>3.860 €</td></tr>
<tr><td>Familiare non fiscalmente a carico</td><td>425 €</td><td>1.360 €</td><td>1.470 €</td></tr>
</table>

</td>
</tr>
<tr>
<td>

QUESITO 10)
Con riferimento all'Art. 11) - Modalità gestione anagrafiche degli assicurati del Capitolato si chiede conferma che la raccolta delle adesioni avvenga a cura dell'intermediario su tracciati standard.

</td>
<td>

RISPOSTA 10)
Si confermato

</td>
</tr>
<tr>
<td>

QUESITO 11)
Si chiede conferma che sia ammesso il subappalto delle seguenti attività:
- Gestione amministrativa dei sinistri e customer care;
- Gestione del portafoglio polizze (caricamento anagrafiche e relative elaborazioni);
- Gestione servizi tecnologici.

</td>
<td>

RISPOSTA 11)
Il paragrafo 2.5 del Disciplinare di gara dispone che "*non è ammesso il subappalto per le prestazioni assicurativo/assistenziali, fatta eccezione per l'attività amministrativa svolta dalla centrale operativa.*
È altresì ammesso il subappalto per ulteriori prestazioni e servizi (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo, la gestione dei rimborsi, la fornitura del sito web, l'accesso ai dati sui sinistri), nonché per la fornitura e gestione della rete convenzionata e delle correlate attività amministrative, nei limiti e con le modalità previste dall'art. 105 del Codice dei contratti pubblici.
***Il subappalto dovrà essere espressamente indicato nell'offerta*."**

</td>
</tr>
<tr>
<td>

QUESITO 12)
Si chiede conferma che non trovi applicazione la norma sull'indicazione della terna di subappaltatori in quanto il comma 6 dell'art. 105 del Codice Appalti

</td>
<td>

RISPOSTA 12)
Si conferma. Il comma 6 dell'art. 105 è stato abrogato dalla L. 23 dicembre 2021, n. 238.

</td>
</tr>
</table>

è stato abrogato.	
QUESITO 13) **Si chiede conferma che il soggetto firmatario della documentazione di partecipazione alla gara possa essere un soggetto diverso da quello registrato come utente a sistema nel portale purché naturalmente sia dotato dei necessari poteri di firma.**	**RISPOSTA 13)** **Si conferma.**
QUESITO 14) **Si chiede conferma che per la comprova del requisito di cui alla lett. C) del paragrafo 3.3.4 del disciplinare si possano fornire i certificati di polizza firmati dalla Compagnia e contenenti l'indicazione del contraente/associato, degli importi dei premi, il periodo di esecuzione e l'oggetto della copertura.**	**RISPOSTA 14)** **Si conferma.**
QUESITO 15) **Si chiede conferma che, in caso di ricorso ad avvalimento, in alternativa alla presentazione della copia conforme del contratto di avvalimento, si possa inviare l'originale in formato elettronico firmato digitalmente dalle parti.**	**RISPOSTA 15)** **Si conferma.**
QUESITO 16) **Si chiede conferma che l'autentica della sottoscrizione non sia necessaria nel caso in cui la garanzia fideiussoria provvisoria sia prodotta nella forma di documento informatico sottoscritto con firma digitale sia dal soggetto garante sia dal concorrente e corredato di autocertificazione dei poteri di firma del garante.**	**RISPOSTA 16)** **Si conferma.**
QUESITO 17) **Con riferimento all'art. 3.6.7 "Documentazione relativa all'avvalimento" del Disciplinare, si chiede conferma che la dichiarazione di cui alla lettera a) "dichiarazione sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante avente i necessari poteri per impegnare il concorrente attestante il ricorso all'avvalimento" possa essere assolta mediante la compilazione dell'apposita sezione del DGUE del concorrente dedicata all'avvalimento.**	**RISPOSTA 17)** **L'impresa concorrente che intenda ricorrere all'avvalimento dovrà produrre, ai sensi dell'art. 89 del codice dei contratti pubblici, richiamato dal paragrafo 3.6.7 del disciplinare di gara, una dichiarazione sottoscritta con firma digitale dal legale rappresentante avente i necessari poteri per impegnare il concorrente attestante il ricorso all'avvalimento, oltre la compilazione dell'apposita sezione del DGUE del concorrente dedicata all'avvalimento.**
QUESITO 18) **Con riferimento all'art. 3.6.8 "Subappalto" del Disciplinare, si chiede conferma che la dichiarazione di cui al primo alinea relativa all'assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del Codice appalti possa essere assolta mediante la compilazione della Parte III del DGUE del subappaltatore dedicata ai motivi di esclusione.**	**RISPOSTA 18)** **Si conferma.**
QUESITO 19) **Si chiede conferma che il punto 11 dell'art. 3.3.4 non debba ritenersi applicabile alla procedura,**	**RISPOSTA 19)** **Il riferimento all'art. 2 del DL 210/2002 è da intendersi come refuso.**

richiamando l'art. 2 del DL 210/2002 rubricato "Norme in materia edilizia". In caso affermativo si chiede conferma che la Società possa confermare di trovarsi in posizione di regolarità contributiva ai sensi dell'art. 80 comma 4 del codice appalti.	**Pertanto si conferma che il Concorrente dovrà solo dichiarare di trovarsi in posizione di regolarità contributiva ai sensi dell'art. 80 comma 4 del codice appalti.**
QUESITO 20) All'art. 5.1 del Disciplinare si prevede che il Fornitore operi in qualità di Responsabile del trattamento dei dati. La scrivente impresa di assicurazione ritiene che la nomina a "Responsabile del trattamento" (rif. Regolamento UE n. 2016/679) non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati. **Considerando infatti che:** **- i trattamenti svolti per l'erogazione della copertura assicurativa rappresentano l'attività tipica dell'impresa di assicurazione;** **- l'impresa di assicurazione effettua un trattamento di dati personali per effetto del rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto della stazione appaltante, soggetto quest'ultimo che raccoglie e tratta i dati per finalità diverse rispetto al fornitore del servizio assicurativo.** **La scrivente reputa più corretto essere individuata quale "Titolare del trattamento", come pure chiaramente indicato dal Garante per la protezione dei dati personali (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019, di cui si riporta il seguente passaggio: "La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce, quindi, in qualità di autonomo titolare in quanto non pone in essere un trattamento di dati "per conto" dell'ente aggiudicante, circostanza questa che, peraltro, priverebbe la società medesima dell'autonomia necessaria ad una corretta valutazione e liquidazione del danno (spetta infatti a tale società, in base a proprie valutazioni interne, decidere se liquidare direttamente un sinistro senza particolari formalità, ovvero avviare più puntuali verifiche o anche resistere in giudizio). Non vi è dubbio, infatti, che l'ente aggiudicante e la compagnia assicuratrice perseguono interessi separati e distinti, come del resto emerge dalla citata normativa di settore che, nel definire in maniera dettagliata tutti gli aspetti dell'attività assicurativa, individua gli obblighi che ricadono sulle parti contraenti (in tal senso, v. anche artt. 1882 e ss. c.c.). Alla luce di quanto detto, si rappresenta che, nell'ambito considerato, la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena**	**RISPOSTA 20) Si terrà conto delle osservazioni fornite in sede di redazione della documentazione negoziale successiva all'aggiudicazione.**

assicurativa, doc. web n. 1410057)".	
QUESITO 21) **Si chiede conferma che la dichiarazione sostitutiva ex art.80, comma 3, del Codice Appalti (Allegato 3) possa essere resa dal soggetto firmatario della documentazione di partecipazione alla gara anche in nome e per conto degli altri soggetti di cui all'art. 80, comma 3.**	**RISPOSTA 21)** **Si conferma**
QUESITO 22) **In relazione alla procedura di gara in oggetto ed in particolare con riferimento al requisito di cui alla lett. C del paragrafo 3.3.4 del disciplinare di gara, si chiede conferma che si intenda che il concorrente debba aver eseguito almeno tre servizi di copertura sanitaria all'interno del triennio dal 2019 al 2021.**	**RISPOSTA 22)** **Si conferma**
QUESITO 23) **Si chiede conferma che il requisito della disponibilità diretta di una Cassa di assistenza\Fondo Sanitario si intenda soddisfatto se la Cassa è promossa dalla Compagnia concorrente e se statutariamente la Cassa provvede all'erogazione delle prestazioni mediante la stipula di convezioni assicurative con la Compagnia concorrente per il ramo oggetto della presente procedura.**	**RISPOSTA 23)** **Si conferma**
QUESITO 24) **Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva (Sezione A OSPEDALIERE, punto 5 del Capitolato) non è erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato.**	**RISPOSTA 24)** **Si conferma**
QUESITO 25) **Con riferimento alla Visite specialistiche del Capitolato:** **Si chiede conferma che siano da considerare indennizzabili ai sensi di polizza anche quelle erogate a distanza per il tramite di dispositivi tecnologici che consentano al professionista di operare a distanza (c.d. Telemedicina)** **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 25)** - **La prestazione professionale segue le regole delle normali prestazioni professionali, quindi presenza di patologia o sospetta tale, escluso il consulto.** - **Si 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**
QUESITO 26) **Con riferimento alla Sezione A) OSPEDALIERE, punto 1 e Sezione C) Visite specialistiche del Capitolato, si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea:**	**RISPOSTA 26)** **Si precisa che i trattamenti fisioterapici e rieducativi, descritti nella sezione "C) visite specialistiche" possono essere richiesti anche a seguito di ricovero.**

• **dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nella sezione "A) ospedaliere, punto 1);** • **dei trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo (descritti nella sezione "C) visite specialistiche" punto 1);** **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 garanzia di cui al punto C "Visite specialistiche".**	**Pertanto i trattamenti fisioterapici a seguito di ricovero sono ricompresi alla Sezione A) OSPEDALIERE nei primi 120 giorni successivi al ricovero, oltre i 120 giorni dal ricovero potranno essere effettuati utilizzando la garanzia visite specialistiche (descritte nella sez. C "visite specialistiche")**
QUESITO 27) **Con riferimento alla Sezione C) Visite specialistiche – trattamenti fisioterapici del Capitolato, si chiede conferma che le prestazioni possano essere effettuate solo presso Centri medici e che siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento**	**RISPOSTA 27)** **La prestazione deve essere prestata da uno specialista iscritto all'Albo, non necessariamente presso Centri Medici.** **Si conferma che sono escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento**
QUESITO 28) **Con riferimento alla Sezione G) Lenti del Capitolato, si chiede conferma che:** **• siano incluse le montature (ad eccezione dell'acquisto della sola montatura)** **• sia previsto solo il regime rimborsuale.**	**RISPOSTA 28)** **Si confermano entrambi i punti.**
QUESITO 29) **All'interno del capitolato tecnico non è previsto alcun riferimento al parto naturale e al parto cesareo: si chiede di confermare che tali prestazioni non siano previste nel capitolato. In caso contrario, si chiede di precisare quali siano le condizioni liquidative da applicare ad entrambe (massimali, scoperti e franchigie) sia per la polizza base che per la polizza gold**	**RISPOSTA 29)** **La garanzia non è operante nella polizza base, mentre nella polizza gold la garanzia è prevista con i massimali, scoperti e franchigie previsti dalla sez. A punto 3 – "*ricovero con o senza intervento chirurgico*". Il parto cesareo è considerato intervento chirurgico, mentre il parto naturale viene ricompreso all'interno delle prestazioni previste dall'Area ricovero.**
QUESITO 30) **Si chiede di confermare se siano previste, all'interno del capitolato pag. 17 visite specialistiche, in aggiunta alle tre visite in convenzione, ulteriori tre visite erogate per il tramite del SSN.**	**RISPOSTA 30)** **Si conferma**
QUESITO 31) **Si chiede conferma che per la garanzia lenti e per le**	**RISPOSTA 31)** **Per le cure oncologiche si conferma che è**

cure oncologiche non sia previsto l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale. Nel caso invece rientrassero in copertura, si chiede di specificare, sia per la polizza base che per la gold, le condizioni liquidative da applicare.	**previsto l'utilizzo del SSN. Rimborso del ticket al 100% (sia nella polizza base che nella gold). Per la garanzia lenti non risulta possibile l'utilizzo del SSN.**