
Dati della procedura di gara:

Numero Gara: 6190167

Nome Gara: Procedura aperta ex art. 71 D. Lgs. n. 36/2023 servizio di assistenza sanitaria complementare e integrativa del Ministero della Difesa

Descrizione Gara: Procedura aperta ex art. 71 D. Lgs. n. 36/2023 servizio di assistenza sanitaria complementare e integrativa del Ministero della Difesa - durata semestrale - secondo esperimento

RICHIESTE DI CHIARIMENTI

CHIARIMENTO N.1

Stato: Letta

Data Richiesta: 21/07/2026 16:24:35

Oggetto: Chiarimenti

Testo:

Spett.le Stazione Appaltante,

Si richiede statistica sinistri aggiornata all'ultima data disponibile e, in ogni caso, con osservazione non antecedente al 30.06.2026.

RISPOSTA

Le statistiche sinistri riferite ai contratti 1223/2024 e 1273/2025 sono aggiornate al 31/03/2026.

Le statistiche sinistri riferite ai precedenti contratti 1005/2021 e 1087/2022 sono aggiornate al 31/03/2024

Tutte le statistiche sono visionabili al link

<https://zdrive.difesa.it/files/public/link/access/6B64Jd2B9QBxChJgRlFTTGsRlxIKYjtMAr67hbfvKTfbVovAYm>

riportato a pag. 12 del Disciplinare

CHIARIMENTO N.2

Stato: Letta

Data Richiesta: 21/07/2026 15:24:07

Oggetto: RICHIESTA CHIARIMENTI 21.07.26

Testo:

1) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede quale sia stata l'effettiva data di decorrenza del contratto nell'anno 2021 e quali siano stati i periodi di copertura del contratto negli anni 2021-2026, compreso il periodo di proroga. In altre parole, si chiede di specificare le date di inizio e di fine di ciascuna delle annualità di copertura 2021/2022, 2022/2023, 2023-2024, 2024-2025 e le date di inizio e di fine della proroga.

2) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante, di fornire le statistiche sinistri, sotto forma di tracciato, dell'ultimo quinquennio possibilmente aggiornate al 30/06/2026. Si chiede altresì di indicare:

- le Condizioni di Assicurazione (garanzie, limiti di indennizzo ecc...) a cui si riferiscono i sinistri;
- Il premio pro-capite annuo lordo previsto per tutte le categorie (BASIC 1, BASIC 2, BASIC 3 e PLUS), per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;
- Il numero di teste assicurate, per ogni categoria (BASIC 1, BASIC 2, BASIC 3 e PLUS), per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;
- Premi imponibili complessivi per tutte le categorie (BASIC 1, BASIC 2, BASIC 3 e PLUS) e per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;
- Il rapporto sinistri a premi (S/P) per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri.

3) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, in riferimento a ciascuna delle statistiche sinistri fornite "STATISTICHE_SINISTRI_AGGIORNATE_MARZO_2026", si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare:

1. la data di aggiornamento dei sinistri di ciascun Report;
2. le Condizioni di Assicurazione (garanzie, limiti di indennizzo ecc...) a cui si riferiscono i sinistri;
3. Il premio pro-capite annuo lordo previsto per tutte le categorie (BASIC 1, BASIC 2, BASIC 3 e PLUS) per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;
4. Il numero di teste assicurate, per ogni categoria (BASIC 1, BASIC 2, BASIC 3 e PLUS), per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;
5. Premi imponibili complessivi per tutte le categorie (BASIC 1, BASIC 2, BASIC 3 e PLUS) e per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri;
6. Il rapporto sinistri a premi (S/P) per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri.

4) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di fornire il numero di teste in copertura in ciascuna delle precedenti annualità assicurative, suddivise tra personale militare in servizio, familiari fiscalmente a carico del militare in servizio, personale militare in quiescenza e familiari fiscalmente a carico del personale militare in quiescenza e le teste che hanno aderito alla Polizza PLUS.

5) Si chiede gentilmente alla Stazione Appaltante di indicare il nome dell'attuale assicuratore e Cassa Sanitaria.

6) Si chiede se il servizio di assistenza sanitaria oggetto del contratto rappresenti una prima copertura per il personale militare della Capitaneria di porto.

7) Si chiede conferma se le "Terapie" (Chemioterapia, Radiani loco-regionali, Dialisi, Radioterapia) di cui all'art. 6.4 "Prestazioni di Alta Specializzazione" del piano BASIC, con riferimento agli assistiti coperti esclusivamente dal piano BASIC, siano da ritenersi incluse in garanzia unicamente se erogate in "regime ambulatoriale".

8) In relazione all'art. 3-bis dello Schema di contratto, quindi alle modalità di accesso al portale dedicato da parte degli Assistiti e all'utilizzo delle funzionalità in area riservata per la gestione dei sinistri (in assistenza diretta e a rimborso) e per eventuale completamento della procedura di sottoscrizione delle polizze ad adesione volontaria, si chiede conferma, a norma dell'allegato II.5 del Codice e in aderenza al principio di equivalenza, applicabile anche ai contratti di servizi per costante

giurisprudenza, che l'Amministrazione consenta di adottare, in sostituzione del sistema previsto dal richiamato art. 3-bis, un modello quale quello di seguito descritto (comunemente utilizzato nel settore dell'assistenza sanitaria), rappresentandosi che nel caso di non conferma si potrebbe determinare un restringimento della concorrenza dovuto al numero limitato di soggetti che fanno ricorso al modello predisposto dall'Amministrazione. Secondo il modello più comunemente diffuso, l'Aggiudicataria, dopo aver ricevuto le anagrafiche da parte dagli Enti Committenti, procede al caricamento delle stesse sui propri sistemi così da permettere agli Assistiti la registrazione su sito/app dell'offerente e la creazione dell'account personale per l'accesso alla propria Area Riservata. Gli Assistiti potranno altresì integrare la copertura con un piano facoltativo – ove previsto – ed estenderla ai propri familiari tramite portale di adesione dedicato appositamente creato dall'offerente. L'accesso ai dati in Area Riservata può avvenire previo superamento di una procedura di autenticazione (inserendo username e password che scade ogni 90 giorni), mediante la quale l'utente viene identificato sulla base di credenziali personali precedentemente assegnate in fase di registrazione al sito dell'offerente. L'accesso è quindi consentito solo ai soggetti registrati e riconosciuti dal sistema di autorizzazione.

Accedendo all'Area Riservata è possibile:

- consultare l'elenco aggiornato delle strutture convenzionate
- prenotare direttamente online le visite e gli esami presso le strutture convenzionate
- compilare direttamente online la modulistica di denuncia del sinistro necessaria per attivare le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie in assistenza indiretta
- consultare lo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assistiti di visionare la propria situazione assistenziale completa e l'andamento del proprio eventuale sinistro
- compilare il Form OnLine per l'invio di mail categorizzate (servizio di Helpdesk)

Si precisa che l'offerente rispetta gli standard e le indicazioni IVASS ed EIOPA in termini di sicurezza. È dotata, inoltre, di un Security Operation Center che effettua il monitoraggio costante di minacce interne ed esterne.

9) Nel caso di responso negativo al precedente quesito, il Capitolato di gara, all'art. 5.1, afferma che "L'adesione del Militare al Piano BASIC 1 avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di assistenza sanitaria, nei termini indicati in contratto". Si rappresenta che per garantire la tempestiva attivazione della copertura è necessario preliminarmente che l'Ente trasmetta all'aggiudicatario i dati anagrafici minimi (nome, cognome e codice fiscale) degli assistiti aventi diritto, e si chiede conferma che l'amministrazione aggiudicatrice provvederà a tale adempimento, avendo cura l'aggiudicataria di garantire la riservatezza dei dati conferiti. In difetto, si segnala che gli assistiti, sino all'utilizzo del codice alfanumerico relativo al token previsto dall'art. 3-bis dello Schema di contratto, non potranno avere accesso alla copertura non avendo l'aggiudicataria alcun dato identificativo, con conseguenti ripercussioni negative sull'assistito in particolare per l'erogazione dei servizi di assistenza diretta e relativa presa in carico. Si segnala altresì che la preventiva trasmissione delle anagrafiche costituisce garanzia di prevenzione di possibili abusi, a danno degli assistiti, dovuti ad accessi non autorizzati da parte di soggetti terzi ai loro sistemi informatici.

In caso di responso positivo al quesito di cui al precedente punto, si chiede conferma che le Amministrazioni provvedano a trasmettere periodicamente, con modalità da concordarsi (WS o STFP), le anagrafiche aggiornate.

10) All'art. 6.4 "Prestazioni di Alta Specializzazione" del Capitolato si legge: "L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa/Fondo/Ente/Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta

o accertata”. Si chiede gentilmente conferma che la documentazione necessaria per l’attivazione della garanzia sia la medesima sia in assistenza diretta che in assistenza indiretta, salvo il fatto che la forma rimborsuale richiede anche “la copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute” oltre alla certificazione medica contenente la diagnosi o il sospetto diagnostico (come da art. 8.2 “Assistenza Indiretta”).

11) A pagina 16 del Capitolato, all’art. 8 “Assistenza Diretta e Indiretta”, si legge: “Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire a scelta dell’assistito, nella forma dell’Assistenza Diretta ovvero Assistenza Indiretta.” Si chiede cortese conferma alla Stazione Appaltante che quanto indicato nel suddetto articolo valga salvo quanto espressamente normato per le singole garanzie previste.

12) Relativamente alla garanzia all’art. 6.5 “Prestazioni Specialistiche” (di cui al Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) a pagina 10 del Capitolato si chiede conferma che per l’attivazione della garanzia i documenti di spesa inviati (fatture e ricevute) debbano riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla prestazione eseguita e congruente alla patologia denunciata.

13) In relazione alla garanzia di cui all’art. 6.1 “Ricoveri con o senza intervento chirurgico”, lett. e) “Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2)” a pag. 7 e 8 del Capitolato, si chiede agli Enti Committenti se tale indennità sostitutiva sia prevista nel solo caso di costi del ricovero a totale carico dell’S.S.N., esclusi eventuali ticket, o in ogni caso in cui l’Assistito non presenti alla Società aggiudicataria alcuna richiesta di rimborso di spese per l’evento di ricovero o ad esso direttamente connesse.

14) In merito all’art. 6.2 “Anticipo dell’indennizzo” a pag. 8 del Capitolato si chiede cortesemente agli Enti Committenti che una eventuale richiesta del pagamento di un anticipo prima che il ricovero indennizzabile a termini di polizza sia concluso, qualora l’evento sia stato richiesto in assistenza diretta e regolarmente preso in carico dalla Società, debba essere indirizzata dall’Istituto di cura direttamente alla Società stessa, e l’importo da quest’ultima liquidato all’Istituto (entro l’importo massimo previsto), senza comportare quindi alcun esborso agli Assistiti.

15) In riferimento alle garanzie di Parto naturale e Parto cesareo di cui all’art. 7.2 del piano PLUS del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni previste – entro il massimo rimborsabile rispettivamente di € 5.000 ed € 8.000 – siano quelle normate all’art. 6.1 “Ricoveri con o senza intervento chirurgico” della polizza BASIC, lett. b) per Parto naturale (quale ricovero medico in Istituto di Cura) e a) per Parto Cesareo (quale ricovero chirurgico in Istituto di Cura). In caso di risposta negativa, si chiede gentilmente agli Enti Committenti di indicare le spese coperte tra quelle di cui alle sopra citate lettere dell’art. 6.1.

16) Con riferimento alle medesime garanzie di Parto naturale e Parto cesareo di cui all’art. 7.2 del piano PLUS del Capitolato, si chiede inoltre conferma agli Enti Committenti che esse prevedano tutti i regimi normati al precedente art. 7.1 (in network / fuori network / struttura convenzionata ma équipe medica non convenzionata) e che siano operanti i rispettivi limiti di indennizzo ivi indicati in termini di scoperto, franchigia e minimo non indennizzabile.

17) In merito a quanto normato all’art. 8.2 “Assistenza Indiretta” del Capitolato, e per coerenza con quanto indicato al precedente art. 8.1 “Assistenza Diretta”, si chiede agli Enti Committenti cortese conferma che per la corretta valutazione degli eventi di ricovero e di day hospital eseguiti fuori network o con l’S.S.N. sia necessaria la copia della cartella clinica conforme all’originale, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), e la copia completa della documentazione clinica, conforme all’originale, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

18) Ai fini della corretta valutazione dei sinistri rimborsuali e per evitare contenziosi, non avendo trovato definizioni in altri punti del Capitolato, si chiede cortesemente conferma agli Enti Committenti che sia possibile, in comune accordo tra Enti e Società a seguito di aggiudicazione, intendere come di seguito proposto gli eventi di ricovero, day hospital, intervento chirurgico e intervento chirurgico ambulatoriale:

- Ricovero: la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica conforme all'originale con scheda nosologica
- Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica
- Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali
- Intervento chirurgico ambulatoriale: una prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento, certificata da copia completa della documentazione medica.

19) Ai fini della corretta valutazione dei sinistri e della corretta applicazione delle Esclusioni, non avendo trovato definizioni o altri riferimenti nel Capitolato, si chiede gentilmente conferma agli Enti Committenti che sia possibile, in comune accordo tra Enti e Società a seguito di aggiudicazione, intendere difetti fisici e malformazioni come di seguito proposto:

- Difetto fisico: si intende una deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite
- Malformazione: si intende una deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

20) Con riferimento alle Esclusioni a pag. 20 del Capitolato si chiede conferma che si intendano escluse le cure e/o gli interventi per l'eliminazione di malformazioni.

RISPOSTA

1) DECORRENZA CONTRATTO 2021/2022: n. 1005 DEL 28/09/2021, dal 30/09/2021 al 30/09/2022; CONTRATTO 2022/2023: dal 30/09/2022 al 30/09/2023; Proroga da 30/09/2023 al 31/03/2024; CONTRATTO 2024/2025 da 01/04/2024 al 31/03/2025; CONTRATTO 2025/2026 dal 01/04/2025 al 31/03/2026; PROROGA dal 01/04/2026 al 30/09/2026

2) Le statistiche dei sinistri sono quelle pubblicate da questa Stazione Appaltante nei documenti di gara (link nel Disciplinare)

3) Le statistiche dei sinistri sono quelle pubblicate da questa Stazione Appaltante nei documenti di gara (link nel Disciplinare).

4) Si prega di prendere visione dei dati contenuti nelle statistiche sinistri pubblicate da questa stazione appaltante (link nel Disciplinare).

5) Il servizio di assistenza sanitaria e integrativa è attualmente garantito da CASSA PREVINT.

6) Il personale della Capitaneria di porto per il periodo 2021/2023 era incluso in quello della Marina Militare mentre per il periodo 2024/2026 ha ricevuto autonoma distinta copertura al pari delle FF.AA.

7) Non si conferma. Le terapie oncologiche e salvavita menzionate all'Articolo 6.4 del piano BASIC (quali Chemioterapia, Terapie radianti loco-regionali, Dialisi e Radioterapia) sono incluse in garanzia e tutelate dall'assicurazione in qualsiasi regime di erogazione reso necessario dalle condizioni cliniche del paziente.

Di conseguenza, la copertura è pienamente operante se le prestazioni avvengono:

In regime ambulatoriale (strutture ambulatoriali protette).

In regime di Day Hospital o Day Surgery (ricovero diurno).

In regime di ricovero ordinario con pernottamento, qualora la complessità del trattamento o lo stato di salute dell'assistito richiedano la degenza ospedaliera, trovando in questo caso applicazione anche le tutele e i massimali previsti all'Articolo 6.1 ("Ricoveri con o senza intervento chirurgico") o le indennità sostitutive.

8) Si conferma la possibilità di adottare un modello di accesso al portale analogo a quello descritto ex art. 3 bis dello Schema di contratto, purché sia conforme alla normativa sulla privacy e alla cybersecurity.

9) Non si conferma. L'assistito si registra autonomamente al portale e inserisce i propri dati anagrafici, ne effettua l'aggiornamento se necessario. Gli Enti Committenti provvederanno a trasmettere periodicamente, con modalità da concordarsi, esclusivamente il numero complessivo degli aventi diritto.

10) Si conferma. Il presupposto clinico per l'accesso alle prestazioni di cui all'Art. 6.4 è identico per entrambe le modalità: è sempre necessaria la prescrizione del medico contenente la patologia presunta o accertata (o il sospetto diagnostico). La differenza risiede esclusivamente nei documenti a corredo: l'assistenza indiretta richiede l'allegazione aggiuntiva di fatture, notule o giustificativi di spesa fiscalmente validi intestati all'assistito.

11) Si conferma. Il principio generale di libera scelta dell'assistito tra il canale dell'assistenza diretta (in network) e quello dell'assistenza indiretta (fuori network/S.S.N.) sancito dall'Art. 8 è valido fatte salve le limitazioni, i massimali o le esclusioni espressamente codificate per le singole garanzie all'interno del Capitolato (es. esclusioni odontoiatriche o tetti specifici per strutture non convenzionate).

12) Ai fini della corretta liquidazione delle "prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari" di cui all'Art. 6.5 (Nomenclatore), i documenti di spesa devono consentire l'accertamento della qualifica del professionista. La specializzazione del medico deve risultare attinente alla prestazione eseguita ed essere congruente con la patologia o il quesito diagnostico descritto nella prescrizione medica.

13) L'Indennità sostitutiva prevista dall'art. 6.1 lett. e) è prevista in ogni caso in cui l'Assicurato non presenti alla Società aggiudicataria alcuna richiesta di rimborso di spese per l'evento di ricovero o ad esso direttamente connesse (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari). La corresponsione dell'indennità è infatti finalizzata a favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, per le necessità legate al recupero a seguito di intervento chirurgico, malattia o infortunio che hanno comportato ricovero con pernottamento (rientra tra le prestazioni di cui all'art. 2, comma 2, lett. d), n. 3) del DM 27/10/2009 - c.d. "decreto Sacconi")

14) Si conferma. Nel caso in cui il ricovero sia autorizzato in regime di assistenza diretta, l'istituto di cura convenzionato gestisce il flusso amministrativo direttamente con la Società aggiudicataria. Eventuali richieste di acconti o anticipazioni sulle spese in corso di degenza devono essere indirizzate alla Società stessa e da questa liquidate direttamente alla struttura, entro i limiti del massimale, senza richiedere esborsi finanziari o anticipi di cassa da parte dell'assistito.

15) Si conferma e si rimanda al capitolato;

16) Si conferma e si rimanda al capitolato;

17) Non si conferma. Il capitolato all'art. 8.2 dispone che "L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché la copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute". alla luce di quanto sopra è sufficiente la produzione di copia semplice.

18) Si forniscono le seguenti definizioni:

- a. Ricovero: Degenza in struttura sanitaria (Istituto di cura, ambulatorio o poliambulatorio (medico), centro di laboratorio medico, centro diagnostico autorizzato, centro fisioterapico) con pernottamento, documentata da cartella clinica e da SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
- b. Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica
- c. Intervento chirurgico: Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante – mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
- d. Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la degenza con pernottamento nel post-intervento, certificata da copia completa della documentazione medica.

19) Si forniscono le seguenti definizioni:

- Difetto fisico: si intende una deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite
- Malformazione: si intende una deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite

20) Non si conferma.

CHIARIMENTO N.3

Stato: Letta

Data Richiesta: 21/07/2026 15:19:11

Oggetto: RICHIESTA CHIARIMENTI

Testo:

Buonasera,

con la presente siamo a richiedere il seguente chiarimento:

In merito a quanto disciplinato all'art 6.5 del capitolato - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, si chiede di chiarire meglio la differenza tra "i primi accertamenti utili, congrui ed attinenti alla diagnosi o sospetta diagnosi", per i quali è sufficiente la prescrizione del medico di base/curante e le "ulteriori prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari" per le quali è invece necessaria la prescrizione di medico specialistico.

RISPOSTA

Si chiarisce che, a termini di rimborsabilità di polizza, per una determinata “diagnosi o sospetta diagnosi”, il medico di base può prescrivere la “visita specialistica” e “primi accertamenti utili, congrui ed attinenti”; il medico specialista può invece prescrivere “le ulteriori prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari”, conseguenti ad una “diagnosi o sospetta diagnosi”, fatta dal medesimo specialista (che confermi o meno quella iniziale del medico di base).

CHIARIMENTO N.4

Stato: Letta

Data Richiesta: 16/07/2026 15:18:06

Oggetto: Disciplinare di gara

Testo:

Spett.le Stazione Appaltante,

si chiede di mettere a disposizione il disciplinare di gara o di confermare se la documentazione che è possibile scaricare dal portale sia completa ai fini della partecipazione alla presente procedura.

Cordiali saluti.

RISPOSTA

Il Disciplinare di gara risulta pubblicato tra la documentazione di gara.

Le statistiche sinistri riferite ai contratti 1223/2024 e 1273/2025 sono aggiornate al 31/03/2026.

Le statistiche sinistri riferite ai precedenti contratti 1005/2021 e 1087/2022 sono aggiornate al 31/03/2024

Tutte le statistiche sono visionabili al link

<https://zdrive.difesa.it/files/public/link/access/6B64Jd2B9QBxChJgRlFTTGsRlxIKYjtMAr67hbfvKTfbVovAYm>

riportato a pag. 12 del Disciplinare.

la documentazione che è possibile scaricare dal portale è completa ai fini della partecipazione alla presente procedura.

CHIARIMENTO N.5

Stato: Letta

Data Richiesta: 16/07/2026 10:57:32

Oggetto: chiarimento 16.07.2026

Testo:

Spett.le Stazione Appaltante,

si chiede di poter prendere visione ed estrarre copia del Disciplinare di gara al momento non disponibile tra i documenti di gara.

Con osservanza.

RISPOSTA

Il Disciplinare di gara risulta pubblicato tra la documentazione di gara.

Le statistiche sinistri riferite ai contratti 1223/2024 e 1273/2025 sono aggiornate al 31/03/2026.

Le statistiche sinistri riferite ai precedenti contratti 1005/2021 e 1087/2022 sono aggiornate al 31/03/2024

Tutte le statistiche sono visionabili al link

<https://zdrive.difesa.it/files/public/link/access/6B64Jd2B9QBxChJgRlFTTGsRlxIKYjtMAr67hbfvKTfbVovAYm>

riportato a pag. 12 del Disciplinare

CHIARIMENTO N.6

Stato: Letta

Data Richiesta: 16/07/2026 10:46:50

Oggetto: RICHIESTA DISCIPLINARE e SINISTRI

Testo:

Buongiorno,

segnaliamo che non risulta presente tra gli allegati il disciplinare di gara.

Si richiede cortesemente la pubblicazione del documento.

Si richiede inoltre la pubblicazione della statistica sinistri dettagliata.

RISPOSTA

Il Disciplinare di gara risulta pubblicato tra la documentazione di gara.

Le statistiche sinistri riferite ai contratti 1223/2024 e 1273/2025 sono aggiornate al 31/03/2026.

Le statistiche sinistri riferite ai precedenti contratti 1005/2021 e 1087/2022 sono aggiornate al 31/03/2024

Tutte le statistiche sono visionabili al link

<https://zdrive.difesa.it/files/public/link/access/6B64Jd2B9QBxChJgRlFTTGsRlxIKYjtMAr67hbfvKTfbVovAYm>

riportato a pag. 12 del Disciplinare