RIEPILOGO QUESITI E RELATIVE RISPOSTE

1. Quesito uno

con riferimento ai seguenti massimali previsti dal capitolato tecnico:

- art. 6.4, Prestazioni di Alta Specializzazione: € 1.300 per Assistito, definiti quale “massimale per contratto”;
- art. 6.5, Prestazioni Specialistiche: € 400 per Assistito, definiti quale “massimale per contratto”;
- art. 7, Piano PLUS: innalzamento del massimale dell’art. 6.1 a € 250.000 “contratto/Assistito”;
- art. 7.2, parto naturale e cesareo: massimo rimborsabile rispettivamente di € 5.000 e € 8.000, definito “contrattuale Assistito/Coniuge”;

si chiede di confermare che, in ragione del riferimento alla durata contrattuale anziché al semestre, tali importi rimangano invariati per l’intera durata del contratto, proroga inclusa, con disponibilità in proroga del solo residuo non utilizzato.

In caso di mancata conferma, si chiede di precisare, per ciascuno dei massimali indicati, il criterio di rideterminazione applicabile in caso di proroga.

RISPOSTE AL QUESITO UNO

Si conferma che per le prestazioni di cui all’art. 6.4, art. 6.5, art. 7 e art. 7.2 del Capitolato gli importi dei massimali rimangono invariati per l’intera durata del contratto, proroga inclusa, con disponibilità in proroga del solo residuo non utilizzato.

2. Quesito due

relativamente alla durata dell’appalto, dall’esame coordinato della documentazione di gara emergono una durata iniziale di sei mesi e la previsione sia della proroga contrattuale ai sensi dell’art. 120, comma 10, del D.Lgs. 36/2023, sia della proroga tecnica ai sensi del comma 11. Lo schema di contratto richiama invece soltanto quest’ultima.

Si chiede se sia corretta l’interpretazione secondo cui la durata dell’appalto si articola in sei mesi iniziali, ulteriori sei mesi di eventuale proroga contrattuale ai sensi del comma 10 e una eventuale proroga tecnica di sei mesi ai sensi del comma 11.

RISPOSTE AL QUESITO DUE

Si conferma che la durata dell’appalto potrà essere estesa – oltre i sei mesi iniziali – fino ad un massimo di sei mesi in caso di eventuale proroga contrattuale ai sensi del comma 10 del D.Lgs. 36/2023 e fino ad un massimo di sei mesi in caso di eventuale proroga tecnica ai sensi del comma 11 del D.Lgs. 36/2023.

Firmato Digitalmente da/Signed by:
ORLANDO SALVATI
In Data/On Date:
mercoledì 21 ottobre 2026 15:39:06

3. Quesito tre

Si chiede di confermare se, per il pagamento delle estensioni facoltative alle Polizze ad adesione volontaria, l'Ente svolgerà il ruolo di collettore e provvederà direttamente al versamento dell'importo complessivo alla Cassa sanitaria.

RISPOSTE AL QUESITO TRE

Non si conferma. Gli importi dei contributi delle polizze ad adesione volontaria verranno versate alla Cassa dai diretti interessati.

4. Quesito quattro

1) All'art. 3 "ENTI E MODALITÀ DI ESECUZIONE" dello schema di contratto si legge: "Tutte le suddette coperture, a prescindere dalla data di adesione e/o di decorrenza, avranno inderogabilmente termine alle 24.00 del 31/3/2027, con pagamento dell'intero contributo contrattuale semestrale previsto per ciascuna polizza".

Successivamente si legge: "Tutte le polizze (Basic 1, Basic 2, Basic 3 e Plus) hanno durata semestrale e tutti i contributi sono commisurati alla durata semestrale".

Si deduce che **tutte le polizze hanno decorrenza 01/10/2026**. Inoltre, poiché la clausola di continuità assistenziale vale solo per il piano BASIC 1, si deduce che:

- per il piano BASIC 1 è previsto, oltre al pagamento a rimborso e/o in forma diretta delle prestazioni effettuate tra la data di inizio di esecuzione del contratto e il 31/03/27, anche il pagamento a rimborso delle prestazioni effettuate nel periodo intercorrente tra l'01/10/26 e la data di inizio di esecuzione del contratto

- per i piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS, è previsto solo il pagamento a rimborso e/o in forma diretta delle prestazioni effettuate tra la data di inizio di esecuzione del contratto e il 31/03/27.

Resta fermo il pagamento dell'intero contributo semestrale sia per il piano BASIC 1 sia per i piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS.

Si chiede conferma di tale interpretazione.

RISPOSTA AL QUESITO

1)

Si conferma che per il piano BASIC 1 è previsto, oltre al pagamento a rimborso e/o in forma diretta delle prestazioni effettuate tra la data di inizio di esecuzione del contratto e il 31/03/27, anche il pagamento a rimborso delle prestazioni effettuate nel periodo intercorrente tra l'01/10/26 e la data di inizio di esecuzione del contratto

Si conferma che per i piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS, è previsto solo il pagamento a rimborso e/o in forma diretta delle prestazioni effettuate tra la data di inizio di esecuzione del contratto e il 31/03/27.

Si conferma che resta fermo il pagamento dell'intero contributo semestrale per il piano BASIC 1.

Non si conferma resti fermo il pagamento dell'intero contributo semestrale per i piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS, in quanto, trattandosi di estensioni ad adesione facoltativa (non valutative ai fini dell'aggiudicazione e a quotazione libera), la cui effettiva vigenza, in virtù dell'avvio dell'esecuzione contrattuale, potrebbe ridursi a un periodo inferiore ai sei mesi, l'aggiudicatario potrebbe riparametrarne gli importi in funzione dell'effettiva durata.

2) 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, 2025-2026 e le date di inizio e di fine della proroga*.

RISPOSTA AL QUESITO

2)

- CONTRATTO 1005 del 28/09/2021: dal 30/09/2021 al 30/09/2022
- CONTRATTO 1087 del 29/09/2022: dal 30/09/2022 al 30/09/2023 – più proroga fino al 31/03/2024
- CONTRATTO 1223 del 05/08/2024: da 01/04/2024 al 31/03/2025
- CONTRATTO 1273 del 19/05/2025: dal 01/04/2025 al 31/03/2026 – più proroga fino al 30/09/2026

3) 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 30/09/2026.

RISPOSTA AL QUESITO

3)

I dati relativi alle statistiche sinistri nella disponibilità della S.A. sono quelli pubblicati.

Si chiede altresì di indicare:

a. le Condizioni di Assicurazione (garanzie, limiti di indennizzo ecc…) a cui si riferiscono i sinistri;

RISPOSTA AL QUESITO

a. Le condizioni di Assicurazione sono reperibili ai sotto dettagliati link:
   - Contratti 1005/2021 e 1087/2022: https://www.difesa.it/amministrazione-trasparente/commiservizi/bandi/sanitaria/36887.html
   - Contratti 1223/2024 e 1273/2025: https://www.difesa.it/amministrazione-trasparente/commiservizi/gare-2024/b0d3ac9eb2/52755.html

b. 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;
   RISPOSTA AL QUESITO

b. I contributi pro-capite annui lordi relativi ai contratti 1005/2021 e 1087/2022 sono i seguenti per ciascun piano di copertura
   - Basic 1 46,75
   - Basic 2 97,50
   - Basic 3 150,00
   - Plus Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 1.350,00; Plus Nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 1.350,00; Plus Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare: € 2.050,00

   I contributi pro-capite annui lordi relativi ai contratti 1223/2024 e 1273/2025 sono i seguenti per ciascun piano di copertura:
   - Basic 1 74,00

   Analogamente a quanto previsto per la presente procedura, il contributo pro capite per ciascun assistito della Basic 1 costituiva un mero dato indiretto, ricavato dall'importo complessivo a base di gara diviso il totale dei presumibili assistiti e avente la finalità di costituire il parametro per la misura dell'eventuale regolamento (condizionato ad un incremento del numero degli assistiti nel periodo di esercizio superiore del 5% rispetto alla consistenza iniziale inserita in contratto).

   - Basic 2 153,27
   - Basic 3 235,78
   - Plus Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 2.122,06; Nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 2.122,06; Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare: € 3.222,39

c. 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;

RISPOSTA AL QUESITO

c. Personale posto in assistenza BASIC 1 contratto 1005/2021 TOTALE 250.758 e contratto 1087/2022: TOTALE: 256.786 - Personale posto in assistenza BASIC 1 contratto 1223/2024 TOTALE 282.461 - Personale posto in assistenza BASIC 1 contratto 1273/2025 TOTALE 281.412

Per le polizze Basic 2, 3 e plus - trattandosi di polizze ad attivazione facoltativa con contributo a carico del richiedente - i dati relativi ai numeri di adesione, alla gestione delle polizze integrative, al relativo versamento dei contributi ed agli importi dei rimborsi effettuati non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante.

d. 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

RISPOSTA AL QUESITO

d.

- CONTRATTO 1005 del 28/09/2021 PAGAMENTI effettuati €11.883.616,25 (Anticipazione e regolamento)
- CONTRATTO 1087 del 29/09/2022 più proroga tecnica 6 mesi fino al 31/03/2024 PAGAMENTI effettuati € 18.335.326,65 (Anticipazione e regolamento)
- CONTRATTO 1223 del 05/08/2024 PAGAMENTI effettuati 20.609.425,00 € (NO regolamento)
- CONTRATTO 1273 del 19/05/2025 più proroga tecnica 6 mesi fino al 30/09/2026 PAGAMENTI effettuati € 20.609.425,00 più 10.304.712,5 per proroga (NO regolamento)

Per le polizze Basic 2, 3 e plus - trattandosi di polizze ad attivazione facoltativa con contributo a carico del richiedente - i dati relativi ai numeri di adesione, alla gestione delle polizze integrative, al relativo versamento dei contributi ed agli importi dei rimborsi effettuati non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante.

e. Il rapporto sinistri a premi (S/P) per ciascuna delle annualità assicurative a cui si riferiscono i sinistri.
RISPOSTA AL QUESITO

e. I dati relativi ai sinistri nella disponibilità della S.A. sono quelli pubblicati. Il rapporto S/P per può essere desunto dai dati disponibili.

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.

RISPOSTA AL QUESITO

4) si veda risposta al precedente punto 3) c.

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

RISPOSTA AL QUESITO

5) Cassa Prevint fino al 30/09/2026

6) Alla pag. 13 del Disciplinare di gara si legge "*Il valore del contratto è pari ad € 10.304.712,50 oneri fiscali inclusi. L'importo complessivo potrà essere elevato sino ad un massimo di € 25.761.781,25 lordi, in caso di ricorso alla proroga di ulteriori sei mesi ex art. 120 c. 11 del D. Lgs. n. 36/2023 e in caso di atti aggiuntivi, nei limiti del 50% del valore iniziale di contratto, dovuti ad imprevedibili esigenze delle Forze Armate, dell'Arma dei Carabinieri e della Capitaneria di Porto ex art. 120 c. 2 del D. Lgs. n. 36/2023*". Si chiede pertanto conferma che l'art. 120 comma 10 citato alla pag. 14 paragrafo 3.5 costituisca un refuso e che il riferimento normativo corretto sia il 120 comma 11.

RISPOSTA AL QUESITO

6) Si conferma che la durata dell'appalto potrà essere estesa – oltre i sei mesi iniziali – fino ad un massimo di ulteriori sei mesi in caso di eventuale proroga contrattuale ai sensi del comma 10 e fino ad un massimo di ulteriori sei mesi in caso di eventuale proroga tecnica ai sensi del comma 11.

7) Relativamente all'art. 6.6 Ricovero per cure oncologiche, pag. 10 del Capitolato, si legge: "Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche maligne, la Cassa/Fondo/Ente/Società riconosce un'indennità di € 3.000,00 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assistito e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale ricollegabili alla stessa patologia.". Si chiede cortese conferma che, per "proroga inclusa", si intenda la proroga tecnica ai sensi dell'art. 120, comma 11.

RISPOSTA AL QUESITO

7) Si intende proroga

8) Si chiede conferma se le "Terapie" (Chemioterapia, Radianti 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".

RISPOSTA AL QUESITO

8) Non si conferma

9) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

9) 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, alla cybersecurity e alle finalità di riservatezza sottese nel medesimo articolo dello schema di contratto richiamato.

10) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

10) Si rinvia alla risposta precedente. Si precisa che l'amministrazione non potrà in ogni caso provvedere a trasmettere alcun dato anagrafico personale degli assistiti (ad esempio codice fiscale, nome cognome, data di nascita, grado località di servizio, numero di matricola etc. etc.) atteso che dovrà essere cura dei singoli amministrati inserire i propri dati personali al momento dell'attivazione/registrazione e aggiornare il proprio profilo stante la natura di contratto in favore di terzo della presente copertura assicurativa e stante la particolare delicatezza della gestione dei dati relativi al personale militare.

11) 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'assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'assistito alleghi 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”).

RISPOSTA AL QUESITO

11) 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.

12) All’art. 8 “Assistenza Diretta e Indiretta” del capitolato 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.

RISPOSTA AL QUESITO

12) 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).

13) Relativamente alla garanzia all’art. 6.5 “Prestazioni Specialistiche” (di cui al Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

13) Si conferma. Ai fini della corretta liquidazione delle prestazioni 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.

14) 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)” 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.

RISPOSTA AL QUESITO

14) 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")

15) In merito all'art. 6.2 "Anticipo dell'indennizzo" 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.

RISPOSTA AL QUESITO

15) 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.

16) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

16) Si conferma e si rimanda al capitolato

17) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

17) Si conferma e si rimanda al capitolato

18) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

18) 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.

19) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

19) 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

20) 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.

RISPOSTA AL QUESITO

20) 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

21) Con riferimento al Capitolato all'articolo "ESCLUSIONI (non operanti per LE PRESTAZIONI di cui al punto 6.9 del piano assistenziale basic, per le quali ci sono delle esclusioni specifiche) si chiede conferma che si intendano escluse le cure e/o gli interventi per l'eliminazione di malformazioni.

RISPOSTA AL QUESITO

21) Non si conferma e si rimanda al capitolato;

22) Con riferimento al Subcriterio 3.7 Pacchetto Maternità del Disciplinare si chiede conferma che l'indennità una tantum sia prevista nel caso di ricovero in istituto di cura per parto, naturale o cesareo e indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata. Si chiede inoltre conferma che per la valutazione sia necessaria la copia della cartella clinica conforme all'originale, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

RISPOSTA AL QUESITO

22) Non si conferma. Il subcriterio 3.7 dispone "La garanzia opera solo per gli assistiti dal piano Basic 1 e solo per gli assistiti di genere femminile. La cassa/fondo/ente provvede ad erogare un'**indennità una tantum** pari a **€ 1.000,00** esclusivamente in caso di parto, naturale o cesareo, durante il periodo di validità della copertura". In analogia a quanto disposto dall'art. 8.2 del capitolato per la valutazione è sufficiente la copia semplice della cartella clinica/certificato di assistenza al parto/cartella ostetrica attestante l'avvenuto parto a prescindere da dove questo sia avvenuto.

5. QUESITO CINQUE

chiediamo i seguenti chiarimenti:

1. Con riferimento all'art. 8.1 del Capitolato Tecnico, che contempla espressamente gli esami diagnostici di laboratorio tra le prestazioni erogabili in assistenza diretta, si chiede di confermare se le analisi cliniche e gli esami di laboratorio effettuati indipendentemente da un ricovero, purché prescritti in presenza di una patologia presunta o accertata, rientrino nella garanzia di cui all'art. 6.5 – Prestazioni Specialistiche, con applicazione del massimale di € 400,00 e delle relative franchigie e scoperti. Qualora non vi rientrino, si chiede di indicare la specifica garanzia applicabile, il massimale e le condizioni economiche di liquidazione.

RISPOSTA AL QUESITO

1. gli esami diagnostici di laboratorio rientrano tra le prestazioni erogabili in assistenza diretta nell'ambito Prestazioni di Alta Specializzazione e pertanto concorrono al massimale ivi previsto.

2. Con riferimento all'art. 6.5 del Capitolato Tecnico, si chiede se, nel caso di più esami clinici o di laboratorio prescritti contestualmente per la medesima patologia ed eseguiti nella stessa seduta, lo scoperto e la franchigia minima debbano essere applicati a ciascun esame, al complesso degli esami indicati in un'unica richiesta o fattura, ovvero per evento patologico o ciclo di accertamenti. Si chiede inoltre di confermare che il rimborso dei soli ticket del Servizio Sanitario Nazionale avvenga senza franchigie e scoperti, nei limiti di operatività della garanzia.

RISPOSTA AL QUESITO

2. Nel caso di più esami clinici o di laboratorio prescritti contestualmente **per la medesima patologia** ed eseguiti **nella stessa seduta**, lo scoperto e la franchigia minima devono essere applicati al complesso degli esami indicati in un'unica richiesta o fattura
   Si conferma che il rimborso dei soli ticket del Servizio Sanitario Nazionale avvenga senza franchigie e scoperti, nei limiti di operatività della garanzia

3. Con riferimento all'art. 6.1, lettera c), del Capitolato Tecnico, si chiede di chiarire se lo scoperto del 5% previsto per i ricoveri presso strutture e medici convenzionati sia applicato a tutte le spese di ricovero ammesse a rimborso, comprese le prestazioni pre e post ricovero collegate al medesimo evento. Si chiede inoltre se tale scoperto resti applicabile alle prestazioni BASIC quando l'assistito abbia sottoscritto il Piano PLUS, tenuto conto della diversa disciplina dei ricoveri aggiuntivi di cui all'art. 7.1.
3. RISPOSTA AL QUESITO: Con riferimento all'art. 6.1, lettera c), del Capitolato Tecnico, lo scoperto per le prestazioni connesse ai ricoveri effettuati in strutture convenzionate, è applicato una sola volta per evento.

4. Con riferimento all'art. 6.1, lettera c), si chiede di confermare che, per i ricoveri effettuati in strutture non convenzionate, la quota a carico dell'assistito corrisponda al maggiore importo fra la franchigia assoluta di € 3.000,00 e lo scoperto del 10% della spesa ammessa. Si chiede inoltre di precisare il significato della franchigia relativa fissa di € 500,00 per intervento ambulatoriale e se essa sia alternativa oppure cumulabile con gli altri scoperti e franchigie previsti dall'articolo.
4. RISPOSTA AL QUESITO: Con riferimento all'art. 6.1, lettera c), del Capitolato Tecnico, si conferma che per le prestazioni connesse a ricoveri effettuati in strutture non convenzionate, resta a carico

dell’assistito l'importo più elevato tra la franchigia fissa e lo scoperto. La franchigia relativa fissa di € 500,00 per interventi ambulatoriali è alternativa rispetto alla franchigia assoluta prevista dall'articolo

5. Con riferimento all'art. 6.6 del Capitolato Tecnico, si chiede di confermare che l'indennità una tantum di € 3.000,00 sia riconosciuta esclusivamente in caso di ricovero con pernottamento per patologia oncologica maligna e che non sia prevista un'indennità analoga per ricoveri dovuti a patologie oncologiche non maligne. Si chiede altresì di confermare che l'indennità sia corrisposta una sola volta nel periodo contrattuale, anche in caso di più ricoveri riconducibili alla medesima patologia, proroga inclusa.
5. RISPOSTA AL QUESITO: Si conferma.

6. Con riferimento all'art. 6.9 del Capitolato Tecnico, relativo alla Long Term Care (LTC), si chiede di chiarire se, quando lo stato di non autosufficienza sia insorto e denunciato durante la vigenza del contratto semestrale, l'obbligo di erogare la prestazione di € 600,00 mensili per un massimo di 12 mesi prosegua anche successivamente alla scadenza del contratto. Si chiede altresì come operi la garanzia qualora il periodo di latenza di 90 giorni si concluda dopo la scadenza contrattuale e se, in tali casi, sussista un onere a carico dell'aggiudicatario uscente.
6. **RISPOSTA AL QUESITO**
   Con riferimento all'art. 6.9 del Capitolato Tecnico, relativo alla Long Term Care (LTC), quando lo stato di non autosufficienza sia insorto e denunciato durante la vigenza del contratto semestrale, l'obbligo di erogare la prestazione di € 600,00 mensili per un massimo di 12 mesi prosegue anche successivamente alla scadenza del contratto. Qualora il periodo di latenza di 90 giorni si concluda dopo la scadenza contrattuale la Cassa/Fondo/Ente erogherà comunque le prestazioni fino al termine previsto.

7. Con riferimento alle statistiche dei sinistri 2024–2025, 2025–2026 e al periodo di proroga 2026 messi a disposizione nella documentazione di gara, si chiede se sia possibile ottenere un aggiornamento a una data più recente del 30 giugno 2026. Si richiede, ove disponibile, l'evidenza distinta per ciascun periodo degli importi liquidati, degli importi riservati, del numero dei sinistri denunciati e ancora aperti, nonché delle stime dei sinistri avvenuti ma non ancora denunciati (IBNR) e dello sviluppo delle riserve riferite alle annualità precedenti.
7. RISPOSTA AL QUESITO: I dati relativi alle statistiche sinistri nella disponibilità della S.A. sono quelli pubblicati.

8. Ad integrazione delle statistiche già pubblicate, si chiede, ove disponibile, un dettaglio aggregato della sinistralità BASIC 1 per garanzia, con indicazione separata del numero dei sinistri, del numero delle prestazioni, degli importi liquidati e delle riserve. Si richiede particolare evidenza per analisi di laboratorio, diagnostica ordinaria, alta specializzazione, visite specialistiche, ricoveri chirurgici, ricoveri oncologici, fisioterapia e LTC, distinguendo, per le prestazioni ambulatoriali, i ticket SSN dalle prestazioni in rete e fuori rete. Si chiede anche di precisare se i conteggi dei prospetti rappresentino prestazioni, pratiche di rimborso o sinistri univoci.
8. RISPOSTA AL QUESITO: I dati relativi alle statistiche sinistri nella disponibilità della S.A. sono quelli pubblicati.

9. Con riferimento alle statistiche sinistri pubblicate, si chiede di precisare se gli importi storici siano stati liquidati applicando esclusivamente le condizioni minime del capitolato della precedente procedura o anche le eventuali migliorie offerte dall’attuale aggiudicatario. Qualora siano intervenute migliorie, si richiede, ove possibile, il prospetto delle condizioni effettivamente applicate

nel periodo osservato, con indicazione di massimali, franchigie e scoperti, allo scopo di rendere confrontabili i dati storici con la nuova documentazione di gara.

RISPOSTA AL QUESITO

9. Si riporta OFFERTA TECNICA aggiudicataria GARA PRECEDENTE

- *Prestazioni Specialistiche* : diminuzione della franchigia a 35 euro
- Prestazioni di Alta Specializzazione: diminuzione della franchigia a 45 euro
- *Prestazioni Specialistiche* : incremento del massimale ad € 1.400,000 per anno per assistito
- Prestazioni di Alta Specializzazione: incremento del massimale ad € 5.000,000 per anno per assistito
- Ricoveri con o senza intervento chirurgico": incremento del limite temporale a 30 giorni di ricovero
- Assistenza per non autosufficienza: incremento della durata dell'erogazione delle prestazioni LTC per 36 mesi
- Trattamenti Fisioterapici: incremento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 1000
- Offerta Pacchetto Prestazioni Odontoiatriche
- incremento periodo di comporto a cinque mesi antecedenti alla data dell'inizio dell'esecuzione contrattuale

10. Con riferimento alla clausola di continuità assistenziale contenuta nel Disciplinare e nell'art. 10 dello Schema di Contratto, si chiede di chiarire se il nuovo aggiudicatario debba assumere integralmente l'onere delle prestazioni riferibili al periodo compreso tra il 1° ottobre 2026 e la data di avvio effettivo dell'esecuzione, anche qualora gli eventi siano già stati denunciati o richiesti all'attuale gestore. Si chiede di precisare come siano gestite eventuali sovrapposizioni con la precedente copertura, se siano disponibili dati delle prestazioni già erogate nel periodo interessato e come tali prestazioni incidano sui massimali individuali del nuovo contratto.

RISPOSTA AL QUESITO

10. il nuovo aggiudicatario deve assumere integralmente l'onere delle prestazioni riferibili al periodo compreso tra il 1° ottobre 2026 e la data di avvio effettivo dell'esecuzione. Non si ravvisano possibilità di sovrapposizioni con la precedente copertura, gli eventi eventualmente denunciati o richiesti al gestore uscente (la proroga del contratto è scaduta il 30 settembre 2026) non vengono prese in carico e pertanto non hanno nessun effetto e non incidono sui massimali individuali del nuovo contratto.

11. Con riferimento alla durata della nuova procedura, il Disciplinare indica 180 giorni solari, mentre lo Schema di Contratto richiama il periodo dal 1° ottobre 2026 al 31 marzo 2027 e la relativa clausola di continuità assistenziale. Si chiede di precisare la data di scadenza effettiva e se il periodo di continuità assistenziale sia compreso nei 180 giorni oppure aggiuntivo; si chiede inoltre se, in caso di avvio successivo al 1° ottobre 2026, la scadenza resti comunque fissata al 31 marzo 2027.

RISPOSTA AL QUESITO

11. La data di scadenza effettiva è il 31 marzo 2027 anche in caso di avvio successivo al 1° ottobre 2026 e il periodo di continuità assistenziale è compreso nei 180 giorni

12. Con riferimento al paragrafo 3.2 del Disciplinare, si rileva che nella Tabella n. 2 il numero presunto degli assistiti BASIC 1 risulta pari a 284.805, mentre nella Tabella n. 3 e nell'art. 3 dello Schema di Contratto è riportato il dato di 284.357. Si chiede di indicare quale consistenza debba essere assunta ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione contrattuale. Si richiede altresì di chiarire il criterio di determinazione del contributo indicativo pro capite di € 36,00, considerato che il prodotto tra tale importo e le consistenze sopra indicate non coincide esattamente con la base d'asta di € 10.304.712,50.

RISPOSTA AL QUESITO

12. il numero presunto degli assistiti BASIC 1 da prendere a riferimento ai fini della valutazione del rischio è il riferimento al paragrafo 3.2 del Disciplinare, Tabella n. 2, pari a 284.805. Come indicato nel Disciplinare medesimo tale consistenza è meramente indicativa e il numero effettivo verrà comunicato prima dell'avvio dell'esecuzione del contratto. Il contributo indicativo pro capite di € 36,00 è parimenti indicativo, calcolato per approssimazione e ritenuto qualora congruo esclusivamente ai fini dell'eventuale regolazione premio.

13. Con riferimento ai Piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS, si chiede se siano disponibili dati aggregati aggiornati al 30 settembre 2026 sul numero effettivo delle adesioni, distinti per piano, personale in servizio, familiari e personale in quiescenza. Si chiede inoltre, ove disponibili, la ripartizione per fascia di età e la consistenza delle adesioni al Piano PLUS, ai fini della corretta formulazione dei relativi contributi facoltativi.

RISPOSTA AL QUESITO

13. I dati relativi alle statistiche sinistri nella disponibilità della S.A. sono quelli pubblicati.

14. Si chiede di confermare se la procedura sia gestita direttamente dalla Stazione Appaltante senza l'intervento di un broker assicurativo incaricato dall'Amministrazione. In caso contrario, si chiede di indicare il soggetto incaricato e di precisare se siano previsti compensi o provvigioni di intermediazione a carico dell'aggiudicatario e, in caso affermativo, la relativa misura.

RISPOSTA AL QUESITO

14. Si conferma

15. Con riferimento alle statistiche sinistri delle annualità 2024–2025 e 2025–2026, nonché del periodo di proroga 2026, si rileva che i dati messi a disposizione evidenziano principalmente gli importi liquidati e riservati, senza consentire di ricostruire per ciascuna prestazione l'importo inizialmente fatturato o richiesto e quello ammesso a liquidazione prima dell'applicazione delle franchigie, degli scoperti e dei massimali. Si chiede pertanto di rendere disponibile, ove possibile, un tracciato Excel analitico, anonimizzato o pseudonimizzato, contenente per ciascuna prestazione: identificativo univoco della pratica e codice pseudonimizzato dell'assistito; periodo di riferimento e garanzia; tipologia della prestazione e regime di erogazione (rete, fuori rete, ticket SSN); importo fatturato/richiesto; importo ritenuto liquidabile; franchigia e scoperto applicati; importo liquidato; importo riservato; stato della pratica ed eventuale causale di rigetto o di liquidazione pari a zero. Si richiede di includere anche le pratiche non indennizzate o con importo inferiore alle franchigie. Si rappresenta che nei tracciati statistici storici aggiornati al 31 marzo 2024 risultavano presenti, tra

l'altro, i campi «Importo Fattura», «Importo Liquidabile», «Importo Liquidato» e «Importo Riservato»; si chiede quindi se possa essere reso disponibile un tracciato analogo per i periodi più recenti. In subordine, ove non fosse possibile trasmettere il dettaglio analitico, si chiede una distribuzione aggregata per garanzia, tipologia di prestazione e fascia di importo fatturato, con importi richiesti, ammessi, liquidati, riservati e non indennizzati.

RISPOSTA AL QUESITO

15. I dati relativi alle statistiche sinistri nella disponibilità della S.A. sono quelli pubblicati.

16. Con riferimento alle prestazioni diagnostiche ambulatoriali, si chiede di chiarire quale disciplina contrattuale debba applicarsi agli accertamenti di diagnostica ordinaria non espressamente ricompresi nell'elenco delle prestazioni di Alta Specializzazione di cui all'art. 6.4 del Capitolato Tecnico, quali, a titolo esemplificativo, ecografie, radiografie ordinarie ed elettrocardiogrammi. Si chiede in particolare di precisare se tali prestazioni rientrino nell'art. 6.5 – Prestazioni Specialistiche, con applicazione del relativo massimale di € 400,00 e delle previste franchigie e scoperti, ovvero se siano soggette a una diversa disciplina.

RISPOSTA AL QUESITO

16. Tali prestazioni rientrano nell'art. 6.5 – Prestazioni Specialistiche, con applicazione del relativo massimale di € 400,00 e delle previste franchigie e scoperti

17. Con riferimento all'art. 6.5 del Capitolato Tecnico, si chiede di chiarire se i rimborsi relativi ai soli ticket del Servizio Sanitario Nazionale, per i quali non è prevista l'applicazione di franchigie o scoperti, concorrano comunque all'esaurimento del massimale contrattuale di € 400,00 per assistito. Si chiede inoltre di precisare se, una volta esaurito tale massimale, cessi anche il diritto al rimborso dei ticket relativi alle prestazioni comprese nella medesima garanzia.

RISPOSTA AL QUESITO

17. i rimborsi relativi ai soli ticket del Servizio Sanitario Nazionale concorrono all'esaurimento del massimale per assistito e una volta esaurito tale massimale, cessa il diritto al rimborso dei ticket relativi alle prestazioni comprese nella medesima garanzia

18. Con riferimento alle prestazioni pre e post ricovero disciplinate dall'art. 6.1 del Capitolato Tecnico, si chiede di chiarire se le spese sostenute successivamente alla scadenza del contratto, ma entro il periodo di 150 giorni successivi alla dimissione o all'intervento chirurgico, rimangano indennizzabili qualora il ricovero o l'intervento si siano verificati durante la vigenza contrattuale. Analogo chiarimento si richiede per le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare previste nei 120 giorni successivi alle dimissioni. Si chiede di precisare se tali obbligazioni permangano in capo all'aggiudicatario uscente anche in assenza di proroga contrattuale e come siano imputate ai rispettivi massimali.

RISPOSTA AL QUESITO

18. Le spese sostenute successivamente alla scadenza del contratto, ma entro il periodo di 150 giorni successivi alla dimissione o all'intervento chirurgico, rimangono indennizzabili qualora il ricovero o l'intervento si siano verificati durante la vigenza contrattuale. Analogamente le prestazioni di

ospedalizzazione domiciliare previste nei 120 giorni successivi alle dimissioni permangono in capo all'aggiudicatario uscente nei limiti del massimale contrattuale.

19. Con riferimento all'art. 10 dello Schema di Contratto, nella parte in cui è previsto che i contributi pro capite dei Piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS rimangano invariati indipendentemente dalla durata complessiva del contratto, proroghe e ripetizioni incluse, si chiede di chiarire se, in caso di estensione della durata contrattuale, debba essere corrisposto un ulteriore contributo per ciascun assistito, commisurato al nuovo periodo di copertura, oppure se il contributo inizialmente versato debba intendersi comprensivo anche dell'eventuale periodo aggiuntivo. Si chiede inoltre di specificare le modalità di adesione e di pagamento per i soggetti che intendano mantenere la copertura facoltativa durante la proroga.

RISPOSTA AL QUESITO

19. Quanto previsto all'art. 10 dello Schema di Contratto deve intendersi nel senso che i contributi pro capite dei Piani BASIC 2, BASIC 3 e PLUS proposti dall'aggiudicatario in sede di gara, devono rimanere invariati anche in caso di proroga, ma il contributo inizialmente versato non è comprensivo dell'eventuale periodo di proroga; modalità di adesione e di pagamento per i soggetti che intendano mantenere la copertura facoltativa durante la proroga sono le stesse della prima attivazione.