

QUESITI e RISPOSTE FORNITE

1. QUESITO

Verificando che nelle statistiche sinistri pubblicate sono presenti anche i sinistri afferenti alle polizze integrative Basic 2, Basic 3 e Plus, si richiede di fornire il numero di adesione a ciascun piano per anno.

RISPOSTA

Trattandosi di polizze ad attivazione facoltative con contributo a carico del richiedente i dati relativi al numero di adesione e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante

2. QUESITO

L'ART. 5.9 "MEDICINA PREVENTIVA" del Capitolato 2024, riporta quanto segue:

"La Cassa/Fondo/Ente provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'assistito e/o nucleo fiscalmente a carico, in strutture sanitarie convenzionate con la Cassa/Fondo/Ente.

L'assistito/a può scegliere solo 2 pacchetti tra i tre proposti."

Si prega di confermare che la prestazione relativa al NUCLEO FISCALMENTE A CARICO, è da intendersi prevista solo in caso di adesione al BASIC 2.

RISPOSTA

Basic 1, 2, 3 sono caratterizzate dalle medesime condizioni di polizza in termini di prestazioni assicurate

Le prestazioni previste dall'art. 5.9 del capitolato sono da effettuarsi - scegliendo due pacchetti tra i tre proposti - una volta per anno (1/4/2023-31/3/2025) per assicurato, tanto nel caso della Polizza Basic 1 (personale militare in servizio), tanto nel caso di polizza Basic 2 (estensione facoltativa a ciascun familiare del personale in servizio – individualmente, NON per nucleo, ciascun soggetto del nucleo, avendo aderito singolarmente, avrà diritto a due prestazioni una volta l'anno) o di Polizza Basic 3 (estensione facoltativa al personale in quiescenza e a ciascun relativo familiare – individualmente, NON per nucleo, ciascun soggetto avrà diritto a due prestazioni una volta l'anno).

3. QUESITO

Dal combinato disposto degli artt. 4, 6 e 13 del Disciplinare di Gara, si comprende che

- In base all'art. 4 sia ammessa espressamente la partecipazione alla procedura di gara a operatori economici in forma singola o associata. Con riguardo alle Compagnie di Assicurazione, queste possono partecipare solo in forma associata con un fondo sanitario .. e/o un ente/cassa/società di mutuo soccorso. Gli operatori economici debbono possedere l'autorizzazione rilasciata dall'IVASS all'esercizio in Italia dell'attività assicurativa nei rami assicurativi oggetto dell'appalto.
- In base all'art. 6,
 - o con riguardo ai requisiti di idoneità professionali, è prevista la possibilità di partecipazione a Fondi Sanitari, Enti, Casse e Società iscritte all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al al D.M. Lavoro 27.10.09
 - o con riguardo ai requisiti di capacità economica e finanziaria, è prescritto che i Fondi sanitari, Enti, Casse e Società iscritte all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari ... possono partecipare alla procedura quali

concorrenti in forma singola, purchè possiedano i requisiti di capacità economica e finanziaria e fermo restando che ...dovranno dimostrare l'avvenuta sottoscrizione di un atto di copertura assicurativa di "secondo grado" che copra almeno il 65% del rischio assunto

- in base all'art. 13, si prevede che le imprese concorrenti dovranno – a pena d'esclusione – sottoscrivere l'impegno alla riassicurazione minima del 65% del totale del rischio assicurato.

Si chiede di voler indicare specificamente, con riguardo alle Società di Mutuo Soccorso (di seguito, più brevemente, “So.m.s”), istituite ai sensi della Legge 15 aprile 1886, n. 3818 e s.m.i. ed iscritte all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al al D.M. Lavoro 27.10.09, come tali pertanto ammesse a partecipare quali concorrenti in forma singola

- a. l'assenza della necessità di possedere l'autorizzazione rilasciata dall'IVASS all'esercizio in Italia dell'attività assicurativa nei rami assicurativi oggetto dell'appalto, tenuto conto che l'attività delle So.m.s. è caratterizzata dall'instaurazione di un rapporto di tipo associativo e non assicurativo con i beneficiari delle coperture sanitarie dalla stessa erogate
- b. proprio in ragione della natura non assicurativa, le So.m.s. non possono accedere ad alcuna forma di riassicurazione dei rischi dalle stesse assunte e, quindi, quale atto di copertura di "secondo grado" sia richiesto per soddisfare il requisito della "riassicurazione minima del 65%";
- c. se lo schema contrattuale utilizzabile a riguardo sia, a giudizio della Stazione Appaltante, un contratto di assicurazione con contraente la So.m.s. aggiudicataria e con beneficiari della polizza il personale militare del Ministero della Difesa e loro famigliari ovvero una fideiussione assicurativa ovvero ancora altro idoneo strumento giuridico che la Stazione Appaltante medesima vorrà determinare.
- d. conferma che, con specifico riguardo alle So.m.s. ai sensi degli artt. 13 e 20, venga richiesta la sottoscrizione di un impegno alla sottoscrizione di un atto di copertura analogo alla riassicurazione per coprire il 65% del rischio assunto", possa idoneamente soddisfare la richiesta sottoscrizione di una copertura assicurativa di “secondo grado”, meglio definita come “riassicurazione” all’art. 20 del Disciplinare di gara, atteso che per una So.m.s non è possibile, in senso tecnico giuridico, stante la natura giuridica di cui sopra, “riassicurare” i servizi resi in favore dei propri soci. Si chiede conseguentemente alla Stazione Appaltante di voler definire i contenuti della dichiarazione di impegno alla riassicurazione che, ai sensi dell’art. 13.1 del Disciplinare di gara, dovrà essere resa da una So.m.s concorrente in forma singola coerentemente al tipo di negozio giuridico che, alla luce di quanto sopra, sarà indicato come da stipularsi

RISPOSTE

- a. Come indicato nel Disciplinare art. 6.1 Requisiti di idoneità professionale, la per la partecipazione di Fondi sanitari, Enti, Casse e Società, è sufficiente l’iscrizione all’Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al D.M. Lavoro 27.10.09
- b. i/la Fondo Sanitario/Cassa Mutua/Società di Muto Soccorso che intenda partecipare in forma singola dovrà impegnarsi in sede di partecipazione alla gara e successivamente, in caso di aggiudicazione e prima della stipula, dimostrare l’avvenuta sottoscrizione di un atto di copertura assicurativa di “secondo grado” che copra almeno il 65% del rischio assicurato.
- c. L’appalto in gara rientra nella tipologia di contratto assicurativo a favore di terzi avente ad oggetto il trasferimento del rischio legato a problemi di salute, mediante il sotteso Piano di assistenza a favore di tutti i dipendenti militari in servizio (terzi assicurati). Ad esito della procedura l’aggiudicatario dovrà fornire un unico servizio, non scorporabile (per il quale l’A.D. si obbliga a versare anticipatamente al Soggetto assicuratore il relativo contributo), che consiste nella gestione sanitaria della copertura assicurativa collettiva le cui condizioni sono regolate mediante il Piano di assistenza sanitaria (Capitolato tecnico) e che prevede, in caso di malattia o infortunio, prestazioni integrative, aggiuntive, complementari, sostitutive e duplicative rispetto a quelle fornite dal SSN. Il contratto normativo verrà stipulato sulla base dello schema di contratto pubblicato negli atti di gara, per la sottoscrizione del quale l’A.D. ha previsto, nel Disciplinare di gara, la necessità della presenza in gara e la conseguente disponibilità, in caso di aggiudicazione, di un/una Fondo Sanitario/Cassa Mutua/Società di Muto Soccorso idoneo/a ad assumere la titolarità del servizio di assistenza sanitaria, integrativa e complementare *rispetto al Servizio sanitario nazionale*, per l’intera durata contrattuale.

- d. La dichiarazione di impegno alla riassicurazione deve essere prodotta in forma libera, purché sottoscritta digitalmente dal concorrente. La forma che dovrà assumere – in caso di aggiudicazione – tale atto di riassicurazione non è rilevante per la S.A., ma esso dovrà necessariamente contenere l’attestazione dell’avvenuto trasferimento di almeno il 65% del rischio derivante dal Contratto, inteso come massima esposizione in termini di liquidazione diretta o nel rimborso delle spese sanitarie resesi necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti nel contratto e nel capitolato tecnico. La gestione economico-finanziaria del rischio, infatti, non può essere disgiunta dalla prestazione unica richiesta (la gestione del Piano di assistenza sanitaria), anzi ne è il contenuto precipuo. E’ precisa determinazione dell’A.D. non solo escludere la possibilità che il rischio sia autogestito dal/dalla Fondo/Cassa/Società, ma, a maggior garanzia della solidità dell’aggiudicatario e della capacità di rimborso delle prestazioni sanitarie previste dal piano, che anche nelle forme a gestione convenzionata (o assicurata) il Soggetto concorrente espliciti e dimostri il trasferimento del rischio ad altri soggetti abilitati (i.e. compagnie di assicurazione), mediante le forme associative previste dal Disciplinare (avvalimento, raggruppamento/coassicurazione, subappalto) e in ogni caso, a prescindere dalla forma di partecipazione, mediante la riassicurazione (i.e. assicurazione di secondo livello) per almeno il 65% del capitale come sopra specificato

4. QUESITO

Il Capitolato tecnico - p.to 8.2 (Centrale Operativa) al p.to 4 – riporta quanto segue:

“l’invio di un medico nei casi di urgenza (validità territoriale Italia).

Qualora l’Assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico curante, la centrale operativa provvede 24h su 24 dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertato la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la centrale operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell’Assistito con ambulanza ad un pronto soccorso.”

Si chiede conferma che per urgenza si intenda esclusivamente l’irreperibilità da parte dell’Assistito, durante le ore notturne o nei giorni festivi, del proprio medico curante

RISPOSTA

Si conferma quanto previsto ex art. 8.2 del Capitolato Tecnico, nel senso che l’urgenza si concretizza “durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non si riesca a reperire il proprio medico curante

5. QUESITO

- a. Si chiede all’Ente di fornire il premio pro-capite lordo relativo alle singole annualità precedenti, per le 3 tipologie di prodotto:
- Basic 1
 - Basic 2
 - Basic 3
 - Plus

- b. Si chiede se le garanzie e le condizioni descritte nel capitolato di gara siano le medesime presenti nella Copertura precedente. Se non si conferma, si chiede di avere la descrizione dettagliata delle coperture precedenti.
- c. Si chiede il numero di assistiti negli anni precedenti suddivisi:
- i. Personale in servizio
 - ii. Componenti nucleo (coniugi e figli)
 - iii. Personale in quiescenza
- d. In merito alla cartella “statistiche sinistri aggiornate giugno 2023”, si chiede se i dati presenti nei report sono considerate come singole prestazioni, o in caso contrario se sono considerate come pratiche lavorate.
- e. In merito alla cartella “statistiche sinistri aggiornate giugno 2023”, si chiede di specificare le differenze, se ci sono, tra i prodotti BASIC 2021 e BASIC 2022 e PLUS 2021 e PLUS 2022. In caso contrario si chiede se i seguenti operano in continuità su tutto il triennio (dal 2021 al 2023).
- f. In merito alla cartella “ statistiche sinistri aggiornate giugno 2023”, si chiede conferma se le Date di accadimento dell’evento coincidono con l date riportate nei file nella colonna denominata “ Data Fattura”, in caso contrario si chiede di avere dei riferimenti all’interno dei report forniti di una colonna contenete le date Accadimento degli eventi.
- g. Atteso che l’art. 20 del Disciplinare di gara si riferisce testualmente all’obbligo del 65% minimo di riassicurazione come “requisito” e che, prima ancora, l’art. 6.2., quarto paragrafo, del Disciplinare di Gara prevede “Fondi sanitari, Enti, Casse e Società, iscritti all’Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al D.M. Lavoro 27.10.09 [...] possono partecipare alla procedura quali concorrenti in forma singola, purché possiedano (direttamente o tramite avvalimento) i richiesti requisiti di capacità economica e finanziaria e fermo restando che dovranno impegnarsi in sede di partecipazione alla gara e, successivamente, in caso di aggiudicazione, dovranno dimostrare l’avvenuta sottoscrizione di un atto di copertura assicurativa di “secondo grado” che copra almeno il 65% del rischio assunto[...]”; Si chiede conferma che:
- il requisito della copertura assicurativa di secondo grado sia per i Fondi Sanitari un requisito di esecuzione;
 - detto requisito di esecuzione possa soddisfarsi tramite ricorso al subappalto, con possibilità, in tal caso, di fare indicazione della Compagnia Assicuratrice subappaltatrice solo post eventuale aggiudica e che, pertanto, la documentazione amministrativa di gara sul subappalto debba essere compilata e trasmessa alla Stazione Appaltante solo post aggiudica;
- h. Con riferimento a quanto indicato al punto 6.3 Requisiti di capacità tecnica e professionale del Disciplinare di Gara, e nello specifico alla lett.a), si chiede conferma che il termine “polizze” utilizzato all’interno della frase: [...] per Fondi Sanitari, Enti, Casse e Società iscritte all’Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al D.M. Lavoro 27.10.09, i principali servizi possono essere rappresentati da polizze stipulate in favore di Pubbliche Amministrazioni o Aziende private [...]” debba essere interpretato, invece, nel senso di "convenzioni/contratti", considerato che Fondi Sanitari, Enti, Casse e Società, non essendo delle compagnie assicurative, non emettono polizze.

RISPOSTE

- a. Basic 1 € 46,75
 Basic 2 € 97,50
 Basic 3 € 150,00
 Plus
- Personale Militare della Difesa in servizio € 1.350,00;
 - nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 1.350,00;
 - Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare: € 2.050,00,
- b. Le condizioni descritte nel capitolato tecnico della procedura in corso NON sono le medesime della copertura precedente. Il precedente Capitolato Tecnico è visionabile su <https://www.difesa.it/SGD-DNA/Staff/DG/COMMISERVIZI/Bandi/Pagine/Sanitaria.aspx>

- c. numero di assistiti negli anni precedenti
- i. Il personale in servizio per il quale era stato sottoscritto il contratto di assistenza sanitaria integrativa per il periodo dal 30/09/2021 al 30/09/2022 era pari a 250.758 unità; Il personale in servizio per il quale era stato sottoscritto il contratto di assistenza sanitaria integrativa per il periodo dal 30/09/2022 al 30/09/2023 era pari a 256.786 unità;
 - ii. e iii. Trattandosi di polizze ad attivazione facoltativa con contributo a carico del richiedente i dati relativi ai numeri di adesione e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante
- d. I dati presenti nei report devono essere considerati come singole richieste di prestazione
- e. Non vi sono differenze tra le coperture BASIC 1, 2, 3 e plus vigenti nel 2021 e quelle vigenti nel 2022
- f. Di norma coincidono per tutte le prestazioni, tranne che per i RICOVERI, dove la data di accadimento corrisponde alla data ingresso presso la struttura ospedaliera e non alla relativa data fattura.
- g. Il concorrente deve impegnarsi in sede di partecipazione alla gara e successivamente, in caso di aggiudicazione, dimostrare l'avvenuta sottoscrizione di un atto di copertura assicurativa di "secondo grado" che copra almeno il 65% del rischio assicurato.
- La dichiarazione di impegno alla riassicurazione deve essere prodotta in forma libera, purché sottoscritta digitalmente dal concorrente. In caso di aggiudicazione l'atto di riassicurazione dovrà necessariamente contenere l'attestazione dell'avvenuto trasferimento di almeno il 65% del rischio derivante dal Contratto, inteso come massima esposizione in termini di liquidazione diretta o nel rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, franchigie e scoperti, puntualmente descritti nel contratto e nel capitolato tecnico. La gestione economico-finanziaria del rischio, infatti, non può essere disgiunta dalla prestazione unica richiesta (la gestione del Piano di assistenza sanitaria), anzi ne è il contenuto precipuo. E' precisa determinazione dell'A.D. non solo escludere la possibilità che il rischio sia autogestito dal/dalla Fondo/Cassa/Società, ma, a maggior garanzia della solidità dell'aggiudicatario e della capacità di rimborso delle prestazioni sanitarie previste dal piano, che anche nelle forme a gestione convenzionata (o assicurata) il Soggetto concorrente espliciti e dimostri il trasferimento del rischio ad altri soggetti abilitati (i.e. compagnie di assicurazione), mediante le forme associative previste dal Disciplinare (avvalimento, raggruppamento/coassicurazione, subappalto) e in ogni caso, a prescindere dalla forma di partecipazione, mediante la riassicurazione (i.e. assicurazione di secondo livello) per almeno il 65% del capitale come sopra specificato.
 - Il concorrente non è tenuto ad indicare il nominativo del subappaltatore già in sede di offerta, ma è tenuto a dichiarare la volontà di ricorrere al subappalto per supplire al requisito di esecuzione mancante, ossia la volontà di avvalersi del subappalto c.d. necessario per la copertura assicurativa di secondo grado. Se in sede di presentazione dell'offerta il concorrente oltre a dichiarare di ricorrere al subappalto indica già i subappaltatori, deve contestualmente produrne DGUE, Dichiarazione integrativa e Passoe. Il contratto di subappalto (e nel caso specifico, l'atto di riassicurazione) potrà in ogni caso essere prodotto dopo l'eventuale aggiudicazione, almeno venti giorni prima della data di effettivo inizio dell'esecuzione delle prestazioni. Insieme al contratto di subappalto e all'atto di riassicurazione, l'o.e. dovrà depositare presso la stazione appaltante anche tutta la documentazione necessaria per attestare il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di qualificazione prescritti dal Disciplinare nonché l'assenza dei motivi di esclusione
- h. Con riferimento ai requisiti di capacità tecnica e professionale si conferma che, relativamente a Fondi Sanitari, Ente, Casse Mutua o Società di Mutuo Soccorso iscritti alla Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi, i principali servizi assicurativi possano essere rappresentati da Contratti/Convenzioni/Patti di adesione sottoscritti in favore del personale di Pubbliche Amministrazioni o Aziende private, pubbliche o a partecipazione pubblica.

6. QUESITO

- a. Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di fornire l'**andamento tecnico**, inteso quale rapporto dei sinistri (questi ultimi intesi come importo liquidato + riservato) sui premi, di ciascuna delle precedenti annualità assicurative "30/06/2021 - 30/06/2022" e "30/06/2022 - 30/06/2023", aggiornato all'ultima data più recente disponibile, e una stima di chiusura nei suddetti termini dell'annualità "30/06/2022 - 30/06/2023".
- b. Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di fornire indicazione circa l'importo del **premio annuo lordo pro capite previsto**, per ciascuna delle precedenti annualità assicurative "30/06/2021 - 30/06/2022" e "30/06/2022 - 30/06/2023", per il personale militare in servizio della Difesa (Polizza BASIC 1), per i familiari fiscalmente a carico del militare in servizio (Polizza BASIC 2), per il personale militare in quiescenza e i familiari fiscalmente a carico del personale militare in quiescenza (Polizza BASIC 3) e per l'adesione alla Polizza PLUS da parte delle suddette categorie.
- c. Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente conferma alla Stazione Appaltante che le condizioni di assicurazione previste sia per l'annualità assicurativa "30/06/2021 - 30/06/2022" sia per l'annualità assicurativa "30/06/2022 - 30/06/2023" siano le **medesime di quelle poste a base d'asta** della presente procedura. In caso di risposta negativa, si chiede cortesemente di ricevere le suddette condizioni.
- d. Ai fini di una corretta valutazione del rischio, in riferimento alle statistiche sinistri fornite, si chiede cortese conferma alla Stazione Appaltante che **il codice "BASIC12021"** presente nella colonna del tracciato denominata "*Cod Opzione*" indichi i sinistri, riferiti al personale militare in servizio, accaduti nell'annualità assicurativa "30/06/2021 - 30/06/2022" e, di conseguenza, il codice "**BASIC12022**" indichi i sinistri accaduti nell'annualità assicurativa "30/06/2022 - 30/06/2023". Si chiede inoltre conferma che la medesima interpretazione dei periodi assicurativi valga anche per i codici BASIC22021, BASIC22022, BASIC32021, PLUSDIP2021 e PLUSDIP2022 riferiti alle altre categorie assicurate.
- e. 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.
- f. In relazione all'art. 3-bis dello Schema di contratto, quindi alle **modalità di accesso al portale dedicato da parte degli Assicurati** 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 Assicurati la registrazione su sito/app dell'offerente e la creazione dell'account personale per l'accesso alla propria Area Riservata. Gli Assicurati 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 Assistenti 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.

- g. Nel caso di responso negativo al precedente quesito, il Capitolato di gara, all'art. 4.1, afferma che "l'adesione dei Militare alla Polizza BASIC 1 avviene in automatico al momento dell'attivazione del servizio di copertura assistitiva per l'assistenza sanitaria". 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 assicurati 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.

RISPOSTE

- a. Si rappresenta che tutti i dati in possesso della S.A. sono contenuti nel file "sinistri" pubblicato sul profilo committente al seguente link: [Bando di gara assistenza sanitaria integrativa - Difesa.it](#)
- b. Si rappresenta che il premio annuo lordo **pro capite** è rimasto invariato per le annualità 2021/2022 e 2022/2023 ed è suddiviso come segue:
- Basic 1 € 46,75;
 - Basic 2 € 97,50;
 - Basic 3 € 150,00;

- Plus € 1.350,00 per il personale in servizio permanente, € 1.350,00 per ciascun componente il nucleo familiare del personale in servizio, € 2050,00 per il personale in quiescenza e in ausiliaria e per ciascun componente il relativo nucleo familiare
 - c. Le condizioni descritte nel capitolato tecnico della procedura in corso NON sono le medesime della copertura precedente. Il precedente Capitolato Tecnico è visionabile su <https://www.difesa.it/SGD-DNA/Staff/DG/COMMISERVIZI/Bandi/Pagine/Sanitaria.aspx>
 - d. Si conferma quanto richiesto
 - e. Si rappresenta che è possibile fornire solamente il numero degli assicurati in servizio permanente per ciascuna annualità richiesta in considerazione del fatto che 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 e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante
- Anno 30.09.2021/30.09.2022
- Arma dei Carabinieri: 108.133 unità;
 - Esercito Italiano: 73.356 unità;
 - Aeronautica Militare: 36.324 unità;
 - Marina Militare: 32.945 unità
- Anno 30.09.2022/30.09.2023
- Arma dei Carabinieri: 106.483 unità;
 - Esercito Italiano: 79.594 unità;
 - Aeronautica Militare: 35.638 unità;
 - Marina Militare: 35.040 unità
- f. 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.
 - g. 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.

7. QUESITO

- a. Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di fornire il numero di assistiti che hanno sedi di servizio all'Estero e quali siano i Paesi esteri sede di tale servizio. Si chiede inoltre la durata della permanenza all'Estero del personale in questione.
- b. Si chiede cortese conferma alla Stazione Appaltante che i premi annui per le polizze Basic 2, Basic 3 e Plus, da indicare in sede di offerta economica, siano premi annui lordi pro-capite. A titolo esemplificativo, si chiede conferma che, qualora un militare della Difesa in servizio volesse estendere la copertura al proprio nucleo familiare fiscalmente a carico, dovrà corrispondere un importo pari al premio annuo lordo indicato in sede di offerta per ciascuno dei componenti del proprio nucleo familiare fiscalmente a carico. Inoltre, si chiede se, una volta attivata l'estensione per un familiare fiscalmente a carico, sia previsto l'obbligo di estendere la copertura a tutti i familiari a carico.
- c. A pagina 15 del Disciplinare si legge: "Le quotazioni per le Polizze Basic 2 e 3) e la Polizza plus dovranno essere contenute in uno "Schema di offerta per le Polizza aggiuntive facoltative", di cui si fornisce un facsimile in allegato [...]". Si chiede conferma alla Stazione Appaltante che il facsimile al quale si fa riferimento sia l'allegato denominato "Allegato_offerta_economica_schema_quotazione_sanitaria_2024".
- d. Si chiede cortese conferma alla Stazione Appaltante che non sia prevista l'intermediazione di un broker e, pertanto, non siano previste provvigioni di brokeraggio a carico dell'aggiudicatario.
- e. A pagina 44 del Disciplinare, all'art. 15 "Criterio di Aggiudicazione" si legge: "L'appalto verrà aggiudicato al concorrente che avrà offerto il premio uguale o eccedente il premio a base d'asta di seguito stabilito: 49,00 (premio annuo pro capite lordo), con il criterio del minor prezzo ai sensi dell'art. 108 c. 3 del D. Lgs. n. 36/2023 [...]". Si chiede cortese conferma alla Stazione Appaltante che il termine "eccedente" sia un refuso, in quanto il premio offerto dovrà essere uguale o minore del premio a base d'asta.

- f. A pagina 14 del Capitolato, all'art. 7 "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.
- g. A pagina 9 del Capitolato, all'art. 5.4 "Prestazioni di Alta Specializzazione", 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 rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Iscritto allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata." Si chiede conferma che per le prestazioni in oggetto siano previsti solo l'assistenza diretta e il rimborso dei ticket in SSN. Nel caso in cui fosse previsto anche il regime di assistenza indiretta, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare i limiti di rimborso (es. franchigia/scoperto) e la documentazione necessaria per la richiesta di rimborso da parte dell'Assistito.
- h. A pag. 4 del Capitolato, all'art. 5 "Prestazioni del piano di assistenza", si legge: "Il Piano sanitario c.d. BASIC opera in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture: [...] visite specialistiche". Si chiede quindi cortese conferma che per quanto previsto a pagina 10 del Capitolato all'art. 5.5 "Prestazioni specialistiche" si intendano in copertura le sole visite specialistiche. In caso di risposta negativa, si chiede cortesemente all'Ente di dettagliare quali prestazioni siano da considerare incluse nell'art. 5.5.
- i. Si chiede cortese conferma che le prestazioni normate a pagina 10 del Capitolato all'art. 5.5 "Prestazioni Specialistiche" siano previste sia in strutture convenzionate sia in strutture non convenzionate con applicazione di franchigia di € 50 per prestazione. Si chiede inoltre 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.
- j. Relativamente alle prestazioni previste a pagina 11 del Capitolato, all'art. 5.9 "Medicina Preventiva", si legge: "La Cassa/Fondo/Ente provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno, dall'assistito e/o nucleo fiscalmente a carico, in strutture sanitarie convenzionate con la Cassa/Fondo/Ente. L'assistito/a può scegliere solo 2 pacchetti tra i tre proposti." Si chiede conferma che tale garanzia – due pacchetti tra i tre proposti – sia prevista una volta l'anno per assicurato nel caso sia in copertura il solo titolare e una volta l'anno per ciascun componente del nucleo fiscalmente a carico ad adesione nel caso la copertura venga estesa al nucleo; ed inoltre che le prestazioni di ciascun pacchetto siano da effettuarsi in un'unica soluzione.
- k. A pagina 10 del Capitolato all'art. 5.5 "Prestazioni specialistiche" si legge: "Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 1.000 - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assistito [...]". Si chiede conferma che il massimale di € 1.000 sia da intendersi come sotto-massimale di € 3.000 previsto quale massimale per la garanzia di cui all'art. 5.4 "Prestazioni di Alta Specializzazione".
- l. Relativamente a quanto normato a pagina 10 del Capitolato, all'art. 5.6 "Ricovero per cure oncologiche", si chiede conferma che l'indennità prevista sia erogabile solo nel caso in cui il primo ricovero denunciato dall'assistito abbia avuto inizio successivamente al 01/04/2024 data di effetto della nuova copertura.
- m. A pagina 7 del Capitolato, all'art. 5.1 "Ricoveri con o senza intervento chirurgico", punto c) "Modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti a) e b)", si legge: "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa/Fondo/Ente. In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione di una franchigia assoluta fissa di € 3.000 per evento, ad eccezione delle coperture che prevedono specifici limiti. In caso di intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia relativa fissa di € 500 per evento." Si chiede conferma che con il termine "evento" si intenda il singolo ricovero o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. Analogamente, per i day hospital previsti all'art. 6.1 "Tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2" del piano PLUS, si chiede conferma che con il termine "evento" si intenda il singolo day hospital.

- n. A pagina 7 del Capitolato, all'art. 5.1 "Ricoveri con o senza intervento chirurgico", punto 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) si legge: "[...] la Cassa/Fondo/Ente corrisponde un'indennità sostitutiva pari a € 120 per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, per un massimo di 90 giorni." Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva sia corrisposta per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.
- o. In relazione alla garanzia di cui all'art. 5.1 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), 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'Assicurato non presenti alla Società aggiudicataria alcuna richiesta di rimborso di spese per l'evento di ricovero o ad esso direttamente connesse.
- p. In merito all'art. 5.2 Anticipo dell'indennizzo si chiede cortesemente agli Enti Committenti a quale modalità di assistenza si intende fare riferimento quando viene normato l'importo massimo di € 25.000,00 da garantire per evento, in considerazione del fatto che, come da art. 5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico, lett. c) Modalità di erogazione delle prestazioni di cui ai punti a) e b), per le prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati "le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate (in network) senza applicazione di alcuna franchigia", quindi non verrà mai formulata la richiesta di alcun esborso agli Assicurati.
- q. Si chiede conferma agli Enti Committenti che le voci in elenco all'art. 5.4 Prestazioni di Alta Specializzazione siano previste da tale garanzia quali prestazioni extraospedaliere.
- r. In relazione all'art. 5.7 Cure odontoiatriche da infortunio si chiede gentilmente conferma agli Enti Committenti che il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona (insieme allo scoperto del 20%) sia da intendersi riferito al solo caso di prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio eseguite fuori convenzione, fermi restando lo scoperto del 10% applicabile in convenzione (assistenza diretta) e l'assenza di limiti di indennizzo per il rimborso dei ticket.
- s. In riferimento alle garanzie di Parto naturale e Parto cesareo di cui all'art. 6.2 del piano PLUS, si chiede cortese conferma che le prestazioni previste – entro il massimo rimborsabile rispettivamente di € 5.000 ed € 8.000 – siano quelle normate all'art. 5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico della polizza BASIC, lett. b) per Parto naturale (quale ricovero medico) e a) per Parto Cesareo (quale ricovero chirurgico). 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. 5.1.
- t. Con riferimento alle medesime garanzie di Parto naturale e Parto cesareo di cui all'art. 6.2 del piano PLUS, si chiede inoltre conferma agli Enti Committenti che esse prevedano tutti i regimi normati al precedente art. 6.1 (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.
- u. In merito alle prestazioni garantite all'art. 6.2 della polizza PLUS, si chiede gentilmente conferma agli Enti che per l'attivazione della garanzia siano rispettate le seguenti condizioni:
 Laserterapia a scopo fisioterapico / Tecar terapia a scopo fisioterapico: prescritta dal medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, ed effettuata da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
 Laserterapia a scopo oftalmologico / Laserterapia operativa: liquidabile con copia completa della documentazione medica.
 Si chiede inoltre alla Stazione Appaltante gentile conferma che per tali prestazioni siano previste sia l'assistenza diretta che l'assistenza indiretta e si chiede di indicare i limiti di indennizzo (es. franchigia/scoperto).
- v. In merito a quanto normato all'art. 7.2 Assistenza Indiretta, e per coerenza con quanto indicato al precedente art. 7.1 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.

- w. All'art. 5 PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA si legge: "Il servizio garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti...". Si chiede gentilmente conferma agli Enti Committenti che la corretta interpretazione sia che la malattia o l'infortunio a seguito dei quali devono essere garantite le spese sanitarie possa essere insorta – o occorso l'infortunio – anche prima dell'operatività del contratto. Inoltre, in caso vi siano distinzioni tra gli Assistiti della polizza BASIC 1 (per i quali l'assistenza è operante "indipendentemente dalle condizioni fisiche", come da art. 3) e gli Assistiti ad adesione volontaria dei piani BASIC 2 e BASIC 3, si chiede se la risposta cortesemente fornita dagli Enti alla precedente richiesta sia riferita a tutte le categorie citate o solo ad una di esse (beneficiari della BASIC 1).
- x. Ai fini della corretta valutazione delle prestazioni coperte dai piani BASIC e PLUS, e per evitare contenziosi, si chiede cortesemente conferma agli Enti Committenti che sia possibile, in comune accordo tra Enti e Compagnia a seguito di aggiudicazione, integrare il Capitolato con le seguenti definizioni:
- Accertamento diagnostico = Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
 - 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.
 - Difetto fisico = Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
 - Documentazione sanitaria = Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).
 - Infortunio = L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
 - 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 = Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
 - Istituto di Cura = Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
 - Malattia = Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
 - Malformazione = Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
 - Ricovero = La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

RISPOSTE

- a. Il numero del personale in servizio continuativo all'estero, per una durata media stimata di tre anni, nelle sedi di cui si pubblica elenco (non esaustivo) in profilo committente, può essere presunto, ai soli fini statistici, approssimativamente, pari a 1476 unità.
- b. come riportato nello schema di quotazione allegato al Disciplinare "PREMI ANNUI PRO CAPITE LORDI" il concorrente dovrà fornire la quotazione di un premio pro capite annuale, per:
- BASIC 2: per ogni familiare a carico. L'attivazione dell'estensione avverrà sempre singolarmente per ciascun soggetto purché ne abbia i requisiti
 - BASIC 3: per il titolare (militare in quiescenza) e per ciascun familiare a carico. L'attivazione della polizza avverrà sempre singolarmente per ciascun soggetto purché ne abbia i requisiti.
 - PLUS:

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun militare in servizio permanente della Difesa.
- un premio pro capite lordo annuo per ciascun familiare del militare in servizio permanente della Difesa.
- un premio pro capite lordo annuo per ciascun militare in quiescenza della Difesa e valido anche per ciascun relativo familiare.

Per la Polizza PLUS la differenziazione di importo di premio tra le tre diverse categorie rimane a discrezione del concorrente - che potrebbe anche offrire un premio unitario pro capite valido sia per i militari in servizio, sia per i familiari dei militari in servizio, sia per i militari in quiescenza che aderiscono volontariamente alla polizza plus, sia per i familiari dei militari in quiescenza.

Non sussiste alcun obbligo che una volta attivata l'estensione per un familiare sia previsto l'obbligo di estendere la copertura a tutti i componenti del nucleo familiare. Si ribadisce infatti che l'attivazione delle polizze facoltative avviene sempre singolarmente e non per nucleo e, comportando oneri individuali non a carico dell'Amministrazione, può avvenire anche disgiuntamente dal tipo di copertura del titolare (cioè dal dipendente militare in servizio, coperto automaticamente dalla Basic 1 per effetto della stipula del contratto, indipendentemente dal fatto che abbia attivato o meno per sé la polizza PLUS, o dal militare in quiescenza, indipendentemente dal fatto che questo abbia attivato per sé la polizza BASIC 3 o la PLUS).

- c. Si conferma
- d. Si conferma che non è prevista intermediazione di broker
- e. SI conferma trattasi di refuso, il premio offerto deve essere uguale o minore del premio pro capite a base d'asta
- f. Si conferma e si rimanda al Capitolato
- g. Le prestazioni previste all'art. 5.4 del capitolato devono essere rese sia in assistenza diretta che in assistenza indiretta con le medesime modalità e condizioni, salvo quanto previsto dal successivo art. 7.2 laddove si riporta 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"
- h. Si conferma e si rimanda al Capitolato
- i. Le prestazioni previste all'art. 5.5 del capitolato devono essere rese sia in assistenza diretta che in assistenza indiretta. Si conferma che nel caso di assistenza indiretta i documenti di spesa da inviare (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
- j. In considerazione che per le polizze facoltative Basic 2 e 3 l'adesione avviene sempre individualmente, con versamento a carico del richiedente del premio pro capite annuo quotato per ciascuna tipologia di polizza dal concorrente in sede di gara, ciascun familiare aderente (NON il nucleo) potrà usufruire delle medesime prestazioni previste per la BASIC 1, ivi incluse le prestazioni previste dall'art. 5.9 del capitolato che, pertanto sono da effettuarsi - scegliendo due pacchetti tra i tre proposti - una volta per anno contrattuale e assicurativo (1/4/2024-31/3/2025) per assicurato, tanto nel caso della Polizza Basic 1 (militari in servizio, per i quali la copertura si intende attiva all'atto della stipula del contratto), tanto nel caso di polizza Basic 2 (estensione ai familiari del personale in servizio) o di Polizza Basic 3 (estensione al personale in quiescenza e ai relativi familiari).
Si conferma che ciascun pacchetto è predisposto come attività da effettuarsi in un'unica soluzione, fermo restando che per esigenze specifiche dei diretti interessati

e/o parziale indisponibilità delle strutture, nulla vieta si possa anche articolare la prestazione diversamente

- k. Si conferma e si rimanda al Capitolato
- l. Si conferma e si rimanda al Capitolato
- m. Si conferma e si rimanda al Capitolato
- n. Si conferma e si rimanda al Capitolato
- o. L'Indennità sostitutiva prevista dall'art. 5.1 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")
- p. Deve intendersi: "Nel caso in cui l'istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo prima che il ricovero indennizzabile a termini di polizza sia concluso".
- q. il Soggetto assicuratore rimborsa tali spese, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal medico (intendendosi per tale il soggetto abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure), pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato
- r. SI conferma e si rimanda al capitolato
- s. SI conferma e si rimanda al capitolato
- t. SI conferma e si rimanda al capitolato
- u. SI conferma e si rimanda al capitolato. Il limite di indennizzo Laserterapia a scopo oftalmologico / Laserterapia operativa è il massimo rimborsabile di € 1.000 anno - Assistito
- v. SI conferma e si rimanda al capitolato
- w. le spese sanitarie oggetto del contratto devono essere imputate per data di accadimento, nel determinato periodo di validità contrattuale annuale l'indennità prevista all'art. 5.6 "Ricovero per cure oncologiche" è erogabile solo nel caso di malattie oncologiche manifestatesi successivamente all'effetto della polizza, cioè che siano escluse le malattie e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi nei cinque anni anteriori alla stipula del contratto per gli Assistiti Polizza Basic 1 l'assicurazione è operante indipendentemente dalle condizioni fisiche, mentre per gli assistiti Polizza Basic 2, Basic 3 e Plus (ma NON per gli assistiti Basic 1 che aderiscano alla Plus), possono essere previste delle limitazioni sullo stato di salute preesistente alla stipula della polizza.
- x. Si rimanda al capitolato

8. QUESITO

- Si chiede indicazione del numero di assicurati, diviso per Piano Sanitario (Polizza Basic 1, Polizza Basic 2, PLUS) e Forza Armata, per le due annualità precedenti la pubblicazione del presente bando di gara.

RISPOSTA

Si rappresenta che è possibile fornire solamente il numero degli assicurati in servizio per ciascuna annualità richiesta in considerazione del fatto che 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 e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante

Anno 30.09.2021/30.09.2022

- Arma dei Carabinieri: 108.133 unità;
- Esercito Italiano: 73.356 unità;
- Aeronautica Militare: 36.324 unità;
- Marina Militare: 32.945 unità

Anno 30.09.2022/30.09.2023

- Arma dei Carabinieri: 106.483 unità;
- Esercito Italiano: 79.594 unità;
- Aeronautica Militare: 35.638 unità;
- Marina Militare: 35.040 unità

9. QUESITO

1) con riferimento al capitolato, art. 7.1 "Assistenza Diretta", al capoverso: "Il servizio di Assistenza Diretta viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web e/o APP messo a disposizione dalla Cassa/Fondo/Ente, ovvero, in caso di impossibilità, via contatto telefonico, via fax o mail", si chiede conferma che sia possibile ricevere, se disponibile, il numero dei sinistri attivati via mail e fax;

RISPOSTA

Il dato non è nella disponibilità della Stazione Appaltante

2) con riferimento al capitolato, art. 7.1 "Assistenza Diretta", al capoverso: "Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa della Cassa/Fondo/Ente gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie. La fattura in originale, debitamente quietanzata, sarà restituita all'assistito", si chiede conferma che sia possibile prevedere che la Struttura rilasci direttamente all'Assistito le fatture quietanzate.

RISPOSTE

1) Il dato non è nella disponibilità della Stazione Appaltante

2) Si ritiene che le modalità applicative specifiche relative alla trasmissione della documentazione medica possano essere oggetto di diversa concordata previsione in sede di stipula

10. QUESITO

1. Si chiede conferma che la copertura è obbligatoria per il solo personale militare in servizio.
2. Si chiede conferma che il valore d'appalto pari a € 13.127.443, formato dal prodotto tra il premio annuo unitario del Personale militare in servizio pari a € 49,00 ed il numero di Militari in servizio pari a 267.907, sia da considerarsi l'importo a base d'asta.
3. Si chiede conferma che la parte ad adesione volontaria, ossia Piano Basic 2, Piano Basic 3 e Piano Plus, non concorrono alla base d'asta.
4. In riferimento al Piano Basic 2, si chiede se il Concorrente dovrà offrire un premio annuo per l'intero nucleo familiare fiscalmente a carico oppure un premio annuo unitario per ciascun componente del nucleo fiscalmente a carico.
5. In riferimento al Piano Basic 3, si chiede se il Concorrente dovrà offrire un premio annuo a nucleo oppure un premio annuo unitario per ciascun assistito (titolare e componenti del nucleo).
6. In riferimento al Piano Plus, si chiede se il Concorrente dovrà offrire:
 - a. un premio annuo unitario pro capite per i militari in servizio;
 - b. un premio annuo per il nucleo familiare dei militari in servizio oppure un premio per ciascun familiare;
 - c. un premio annuo a nucleo per i militari in quiescenza e relativo nucleo familiare oppure un premio per ciascun assistito (titolare e componenti del nucleo).
7. Si chiede di fornire i premi unitari, dal 2021 ad oggi, relativa a:
 - a. Piano Basic 1 per il Personale Militare della Difesa in servizio;
 - b. Piano Basic 2 per il nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio;
 - c. Piano Basic 3 per il Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare;
 - d. Piano Plus distinto in:
 - 1) Personale Militare della Difesa in servizio,
 - 2) nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio,
 - 3) Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare.
8. In riferimento alla statistica sinistri fornita, si chiede di fornire l'ammontare dei premi di competenza, dal 2021 ad oggi, distinta per categoria (Aeronautica, Carabinieri, Esercito, Marina) e distinta per piano (Piano Basic 1, Piano Basic 2, Piano Basic 3, Piano Plus).
9. Si chiede di fornire dal 2021 ad oggi, il numero degli esposti al rischio suddivisi per Piano e per:
 - a. militari in servizio;
 - b. familiari dei militari in servizio;
 - c. militari in quiescenza;
 - d. familiari dei militari in quiescenza.
10. Si chiede di fornire per il 2024 la stima degli esposti al rischio suddivisi per Piano e per:
 - a. militari in servizio;

b. familiari dei militari in servizio;

c. militari in quiescenza;

d. familiari dei militari in quiescenza.

11. Si chiede conferma che la durata della copertura è di 1 anno.

12. In riferimento all'art. 3.3 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che la proroga del contratto per una durata

massima di sei mesi è vincolata per la Compagnia.

13. In riferimento all'art. 3.3 del Disciplinare di gara, si chiede conferma se la Stazione Appaltante possa chiedere la proroga tecnica per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente, senza chiedere prima la proroga del contratto della durata massima di 6 mesi.

14. Si chiede conferma che la Stazione appaltante ha la facoltà di chiedere le due tipologie di proroghe, come disciplinato dall'art. 3.3 del Disciplinare, e che la Compagnia ne sia vincolata.

15. In riferimento alla statistica fornita, si chiede di fornire la frequenza delle malattie oncologiche maligne e benigne distinte per annualità storica e piano.

RISPOSTE

1) Si conferma che per i militari in servizio la copertura BASIC 1 si applica "di diritto" alla sottoscrizione del contratto da parte dell'A.D

2) L'importo a base d'asta, sul quale i concorrenti dovranno formulare la propria offerta al ribasso è il contributo pro capite annuo lordo, pari a € 49,00. Il valore d'appalto complessivo dell'appalto è pari a € 13.127.443

3) Si conferma e si rimanda al Disciplinare

4) Il concorrente dovrà quotare un premio annuo per ciascun componente (per la polizza BASIC 2)

5) Il concorrente dovrà quotare un premio annuo per ciascun assistito (per la BASIC 3)

6) per il Piano PLUS, si dovrà quotare:

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun militare in servizio permanente della Difesa.

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun familiare del militare in servizio permanente della Difesa.

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun militare in quiescenza della Difesa e valido anche per ciascun relativo familiare.

La differenziazione di importo di premio tra le tre diverse categorie rimane a discrezione del concorrente - che potrebbe anche offrire un premio unitario pro capite valido sia per i militari in servizio, sia per i familiari e sia per i militari in quiescenza che aderiscono volontariamente alla polizza plus

7)

Basic 1 € 46,75

Basic 2 € 97,50

Basic 3 € 150,00

Plus

- a. Personale Militare della Difesa in servizio € 1.350,00;
- b. nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 1.350,00;
- c. Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare: € 2.050,00,

8) L'AMMONTARE DEI PREMI PER LA POLIZZA BASIC 1 è STATO PARI A EURO 11722936,50 per il primo anno e ad euro 12003296,25 per il secondo anno

9)

a) Il personale in servizio per il quale era stato sottoscritto il contratto di assistenza sanitaria integrativa per il periodo dal 30/09/2021 al 30/09/2022 era pari a 250.758 unità; Il personale in servizio per il quale era stato sottoscritto il contratto di assistenza sanitaria integrativa per il periodo dal 30/09/2022 al 30/09/2023 era pari a 256.786 unità;

b) c) e d) Trattandosi di polizze ad attivazione facoltativa con contributo a carico del richiedente i dati relativi ai numeri di adesione e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante

10) Si rimanda alle statistiche e ai dati pubblicati

11) Si conferma

12) Si conferma che la proroga semestrale viene disposta dalla Stazione Appaltante ed è vincolante per il contraente

13) Si conferma

14) Si rimanda al Disciplinare

15) Si rimanda alle statistiche pubblicate

11. QUESITO

si chiede di fornire responso altresì al seguente quesito:

A pagina 8 del Capitolato, art. 5.3 “Decesso dell’Assistito e rimpatrio della salma”, si legge: “In caso di decesso dell’Assistito, la Cassa/Fondo/Ente, per anno assistitivo e per nucleo familiare, eroga: un rimborso forfettario di € 5.000”. Poiché la corresponsione di un importo forfettario a seguito di morte causata da malattia rientra nel ramo vita, come da Regolamento Isvap n. 29 del 16 marzo 2009, art. 7, si chiede conferma che la Stazione Appaltante stia intendendo coperte le morti causate da infortunio. Diversamente, nessuna compagnia abilitata al solo esercizio dei rami danni potrebbe partecipare, se non in RTI con una compagnia abilitata ai rami vita

RISPOSTA

Tutte le prestazioni di cui al par. 5 “PRESTAZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA”, ivi incluse quelle dell’art. 5.3, sono da intendersi riferite a casi conseguenti a malattia e/o infortunio. Pertanto il rimborso forfettario in questione si applica quando il decesso è conseguente a malattia o infortunio ed ha valore di mero ristoro delle spese sostenute per il ricovero e/o le cure ma prescinde dall’entità dei giustificativi (fermo restando che il decesso debba essere comprovato susseguente ad un evento determinato come malattia o infortunio); le spese sostenute, in caso di decesso all’estero durante il ricovero, per il rimpatrio della salma, vanno invece documentate (essendo rimborsabili entro il limite di 1.500,00 euro).

12. QUESITO

In relazione alla richiesta di una Dichiarazione di riassicurazione, prevista all’art 13 del Disciplinare, si chiede di confermare che si intenda una dichiarazione di conferma della esistenza di una copertura assicurativa da parte della Compagnia di Assicurazione che sottoscriverà il rischio. Ciò, in quanto, come previsto dall’art. 6.2. il rapporto tra Cassa/Fondi e il Ministero è considerato come negozio giuridico di natura assicurativa.

In tal caso, si chiede altresì di confermare che tale dichiarazione è richiesta solo in caso di partecipazione della Cassa/Fondo in forma singola e non anche in caso di partecipazione in RTI con una Compagnia di Assicurazione, essendo in quest’ultima ipotesi implicita l’esistenza di una polizza a copertura del 100% rischio e maggior tutela dell’Ente.

RISPOSTA

Si ribadisce che in ogni caso, qualsiasi sia la forma di partecipazione e qualsiasi sia la tipologia di ente/impresa partecipante IL concorrente dovrà impegnarsi in sede di partecipazione alla gara e successivamente, in caso di aggiudicazione, dimostrare l’avvenuta sottoscrizione di un atto di copertura assicurativa di “secondo grado” che copra almeno il 65% del rischio assicurato

13. QUESITO

1. Si chiede conferma che ai fini del soddisfacimento del requisito di capacità tecnica e professionale di cui all'art. 6.3 lett. a) del Disciplinare di gara, si sufficiente indicare di aver prestato un servizio di importo minimo pari a € 1.000.000,00 per ciascun anno relativo agli esercizi 2020, 2021 e 2022.
2. Si chiede conferma che per la comprova del requisito di capacità tecnica e professionale di cui all'art. 6.3 lett. a) del Disciplinare di gara si possano fornire i certificati di polizza firmati dalla Compagnia e dal Contraente e riportanti l'oggetto contrattuale, il periodo di esecuzione e l'importo dei premi.
3. Si chiede conferma che per l'assolvimento dell'imposta di bollo si possa procedere, in alternativa al pagamento tramite Modello F24, tramite apposizione sulla domanda di partecipazione di una marca da bollo annullata del valore di euro 16.
4. Si chiede conferma che la presente procedura non rientri tra quelle finanziate con i fondi del PNRR, del PNC e del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima 2030. In caso di risposta affermativa, si chiede conferma che non debba essere prodotto dal concorrente il rapporto sulla situazione del personale redatto ai sensi dell'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198.
5. Disciplinare di gara art. 3.3 "Modifica del Contratto in corso di esecuzione" ove è prevista 1) la facoltà di proroga del contratto ex art. 120 comma 10 del D.lgs. 36/2023 Codice Appalti per una durata massima pari a sei mesi ai prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto e 2) la facoltà di proroga ex art. 120 comma 11 in ipotesi eccezionali per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

Avendo a mente quanto precisato dalla giurisprudenza più volte intervenuta al fine di chiarire meglio i limiti di applicabilità dell'istituto della proroga (Consiglio di Stato sent. 2157 del 24/03/2022 "il dato dell'invarianza delle condizioni contrattuali è dirimente in quanto, come chiarito dalla costante giurisprudenza che si è occupata del tema, si verte in ipotesi di proroga contrattuale allorquando vi sia integrale conferma delle precedenti condizioni (fatta salva la modifica di quelle non più attuali), con il solo effetto del differimento del termine finale del rapporto, per il resto regolato dall'atto originario; mentre ricorre l'ipotesi di rinnovo quando interviene una nuova negoziazione tra i medesimi soggetti che si conclude con una modifica delle precedenti condizioni"), saremmo cortesemente a richiedere:

- come dovranno essere gestite le prestazioni di medicina preventiva richiamate sub art. 5.9 del Capitolato, richiedibili una volta l'anno dall'assistito;
- come dovrà essere gestita l'applicazione dei massimali indicati nel Capitolato, da intendersi quali massimali annui per assistito;

nelle ipotesi di proroga sopra richiamate.

In particolare, rammentando la distinzione tra l'istituto del "rinnovo" e quello della "proroga", intendendosi nel primo caso la formalizzazione di un nuovo rapporto tra le parti in sostituzione di quello precedentemente in essere, e da questo eventualmente anche in parte diverso nel contenuto; e nel secondo la modifica della durata del rapporto fermi tutti i patti e le condizioni, ci attenderemo che:

- qualora la prestazione di medicina preventiva sia stata già richiesta dal beneficiario, non debba essere ripetuta una seconda volta nel periodo di proroga in quanto ciò determinerebbe l'applicazione di fatto di nuove condizioni non previste nel contratto: l'aggiudicatario si troverebbe, infatti, a riconoscere due volte la medesima prestazione attivabile contrattualmente una sola volta l'anno;

- in ipotesi di proroga (pari a sei mesi in un caso, e pari al tempo strettamente necessario all'individuazione del nuovo contraente nell'altro caso), i massimali individuati nel Capitolato su base annua, verranno adeguati/adattati in ragione del diverso riferimento temporale inferiore ad una annualità.

6. Disciplinare di gara art. 6.2. "Requisiti di capacità economica e finanziaria", penultimo capoverso di pagina 22. Con riferimento alla dichiarazione di impegno alla copertura assicurativa di "secondo grado" (o riassicurazione come citata in altri passaggi del Disciplinare), si chiede conferma che il requisito sia rispettato nel caso in cui il Fondo/Cassa Sanitario/a che intenda partecipare in forma singola si impegni in sede di gara a contrarre in ipotesi di aggiudicazione una copertura assicurativa ramo malattia che copra almeno il 65% del rischio assicurato (e post aggiudicazione, alla sua stipula con una o più Compagnie di Assicurazione).

7. Disciplinare di Gara paragrafo 6.2 "Requisiti di capacità economica e finanziaria" si legge "Il settore di attività è SERVIZI FINANZIARI ED ASSICURATIVI". Nel modulo di offerta economica l'operatore economico deve indicare il CCNL applicato e il settore.

Si chiede conferma che non ci siano vincoli in ordine al CCNL del Fondo/Cassa sanitario/a in caso di partecipazione in forma singola, e che pertanto possa essere indicato quello ordinariamente applicato, senza che esso rientri necessariamente nel settore finanziario o assicurativo.

8. A pag 15 del Disciplinare di gara è riportato che il numero di pensionati che potenzialmente possono aderire alla polizza Basic 3 sono 99.104. E' possibile sapere quanti sono i pensionati, e relativi familiari, che hanno aderito alla Basic 3 nelle ultime due annualità? E quanti erano nel corso delle ultime due annualità il numero di potenziali aderenti? Si chiede se il numero di 174.281 riportato nel file personale_quiescenza rappresenta il totale dei pensionati nel 2021.

9. In merito alle polizze ad adesione volontaria BASIC 2, BASIC 3 e PLUS è possibile conoscere il numero di aderenti per ciascuna polizza relativamente alle ultime due annualità specificando il dettaglio per gli attivi e per i pensionati?

10. A pag 44 del Disciplinare di gara 15. CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE è riportato che L'appalto verrà aggiudicato al concorrente che avrà offerto il premio uguale o eccedente il premio a base d'asta di seguito stabilito: 49,00 (premio annuo pro capite lordo). Si chiede conferma che si tratti di un refuso e che non sia possibile offrire un premio uguale o eccedente al premio a base d'asta, trattandosi di procedura con criterio di aggiudicazione basato sul minor prezzo.

11. Si chiede di conoscere gli importi dei premi pro capite/nucleo vigenti per ogni piano sanitario e categoria prevista (basic 1, basic 2, basic 3 e corrispondenti livelli della plus).

12. Si chiede il volume annuo dei premi, nel corso delle annualità 2021 2022 2023, per ciascun piano sanitario e categoria prevista (basic 1, basic 2, basic 3 e corrispondenti livelli della plus).

13. Si chiede il numero di teste assicurate per ciascuna delle annualità 2021 2022 2023 per ciascun piano sanitario e categoria prevista (basic 1, basic 2, basic 3 e corrispondenti livelli della plus).

14. Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza o, in alternativa, indicazione delle modifiche rilevanti tra il capitolato a base d'asta e quello vigente.

15. Si chiede conferma della seguente interpretazione sui livelli di premio:

- Basic 1 premio pro capite per titolare,
- Basic 2 premio pro capite per ciascun familiare aderente,
- Basic 3 premio per l'intero nucleo familiare; non dovranno essere indicati due premi distinti per il titolare e per ciascun familiare aderente;
- Plus premio pro capite per il solo titolare,
- Plus premio pro capite per ciascun familiare aderente,
- Plus premio per l'intero nucleo familiare aderente.

Quindi a titolo esemplificativo in ipotesi di nucleo familiare del titolare che aderisce alla Basic 2, il premio sarà costituito dal premio offerto per il titolare + il premio per ciascun familiare che aderisce alla copertura

16. Si chiede conferma che le polizze plus siano da intendersi aggiuntive rispetto alle corrispondenti Basic, e che pertanto non sia possibile sottoscrivere una polizza Plus senza aver aderito alla corrispondente polizza Basic

17. Si chiede di poter ricevere indicazione del numero di assistiti che hanno sedi di servizio all'Estero e quali siano i Paesi esteri sede di tale servizio. Si chiede inoltre la durata della permanenza all'Estero del personale in questione.

18. Capitolato Tecnico Art. 3, tra i componenti del nucleo familiare, viene menzionato anche il "convivente more uxorio". La scrivente impresa di assicurazione – anche a seguito di rilievi formulati dall'IVASS nell'ambito di recenti sondaggi sulla trasparenza dei contratti assicurativi – sta eliminando questo termine dai propri testi contrattuali, sostituendolo con quello di "convivente di fatto". Tale termine consente sia di evitare il ricorso a un latinismo – non gradito alla Vigilanza in un'ottica di chiarezza e semplificazione contrattuale – sia di garantire maggiore chiarezza e precisione, in quanto rinvia alla definizione di "convivenza di fatto" formalizzata all'art. 1, comma 36, della legge n. 76/2016, ossia la situazione di "due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile", ossia ciò che normalmente si è sempre inteso utilizzando il termine di convivente more uxorio. Si chiede pertanto se, in caso di aggiudicazione del bando di gara, sia possibile operare tale sostituzione nel testo delle condizioni di assicurazione.

19. Capitolato Tecnico Art. 5, in apertura, si menzionano le "spese sanitarie resesi necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, di tutte le malattie concomitanti/derivanti e/o conseguenti". Ai fini di una maggiore chiarezza, si chiede se siano indennizzabili ai sensi della presente copertura anche le spese mediche riconducibili ad eventi già verificatisi prima dell'inserimento dei soggetti in copertura e, in caso positivo, se ciò riguardi le sole malattie oppure anche gli infortuni.

20. Capitolato Tecnico Art.5 "Prestazioni del piano di assistenza" 5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico

Con riferimento:

- al termine di 150 giorni quali spese pre e post ricovero, nel caso in cui queste siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti attiva, si chiede di chiarire se tali spese possano essere considerate non indennizzabili;

- al termine di 150 giorni quali spese pre - ricovero, si chiede conferma che tali prestazioni rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato;
- alle garanzie di cui al presente articolo, si chiede conferma che la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato, secondo quanto disciplinato dalle citate lettere, sia prevista solamente qualora tali prestazioni siano necessariamente eseguibili in regime di ricovero per loro stessa natura o in virtù della condizione di salute dell'Assicurato, come desumibile dalla cartella clinica (contenente anche la S.D.O.). Qualora non sussistano tali condizioni, le spese del Ricovero improprio sono riconosciute nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili ai sensi del Contratto;
- alle spese per il trasporto dell'assicurato si chiede conferma che la scelta del mezzo per il trasporto spetta all'Aggiudicatario, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa;
- alle spese per il trasporto dell'assicurato e all'accompagnatore dell'assicurato si chiede conferma che tali prestazioni siano indennizzabili solamente in caso di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza.

21. Capitolato tecnico Art. 5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico: con riferimento alla previsione "Tutte le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale annuale, saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assistenza, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assistito", si chiede di confermare che la norma si riferisca esclusivamente alle prestazioni effettuate fuori dal periodo di validità contrattuale in nesso di causa con l'evento assicurato verificatosi in vigenza di polizza e ricomprese nei giorni "pre" e "post" ricovero così come disciplinati dal Capitolato di gara.

22. Capitolato tecnico Art. 5 "Prestazioni del piano di assistenza" 5.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico lettera 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), si chiede conferma che l'indennità sostitutiva è erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato. L'eventuale decesso dell'Assicurato, avvenuto prima del rientro a domicilio, non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.

23. Capitolato tecnico Art. 5.2 "Anticipo dell'indennizzo", si chiede conferma che l'anticipo può essere richiesto a fronte di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza previa contestuale presentazione di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

24. Capitolato tecnico Art. 5.3 “Decesso dell’Assistito e rimpatrio della salma”: con riferimento al 1° bullet, si chiede conferma che in caso di decesso dell’assicurato si debba erogare un rimborso – fino a massimo 5.000 euro – a fronte della presentazione della relativa documentazione di spesa.

25. Capitolato tecnico Art. 5.5 del capitolato (pagina 10). La franchigia di € 50 è da intendersi assoluta o relativa?

26. Capitolato tecnico Art. 5.8 “Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi”

Si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea:

- dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti all’art. 5.1);
- dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (di cui al presente articolo 5.8)

i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 150 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 150 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la presente garanzia.

- Si chiede inoltre conferma che tali trattamenti possano essere effettuati solo presso Centri medici e che siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento.
- Si chiede inoltre conferma che l’assicurato deve produrre la seguente documentazione ai fini del riconoscimento dell’indennizzo: prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.

27. Capitolato Tecnico Art. 5.9 (Medicina preventiva). Con riferimento a quanto indicato nel presente articolo, si formulano le seguenti richieste:

- se ogni assistito può scegliere due pacchetti ma può effettuare le prestazioni una volta all'anno, significa che può, ogni anno, utilizzare al massimo una volta le prestazioni di un pacchetto e una volta le prestazioni dell'altro?

- Il riferimento a "una volta all'anno" viene fatto con riferimento all' "assistito e/o nucleo fiscalmente a carico": significa che questo limite opera per l'intero nucleo oppure che ogni componente del nucleo può scegliere due pacchetti e, per ciascuno di essi, può ricevere le relative prestazioni una sola volta all'anno?

28. Capitolato tecnico Art. 6.1. La franchigia di € 1500 prevista con lo scoperto del 20% è da intendersi come assoluta o relativa?

29. Capitolato tecnico Art. 8.1 "Portale WEB e/o APP, contratto telefonico e indirizzo mail dedicati." Con riferimento al "servizio di prenotazione", si chiede conferma che il predetto servizio possa intendersi soddisfatto con la messa a disposizione all'Assicurato di un servizio, fruibile da web e da app, tramite il quale lo stesso visualizzi tutti i centri convenzionati disponibili, filtrabili anche a seconda delle prestazioni sanitarie erogate dagli stessi, e chiedi alla Centrale operativa, sempre via web, l'autorizzazione allo svolgimento della prestazione di cui abbia bisogno. Una volta ottenuta l'autorizzazione, sarà l'Assistito stesso a dover contattare la struttura selezionata, normalmente per telefono, e prenotare l'appuntamento, senza che sia la Società a svolgere tale attività.

30. In riferimento ai file statistica sinistri aggiornati al 30/06/2023 si chiede quale sia il criterio di attribuzione di un sinistro rispetto alle annualità di polizza. Ogni opzione presenta, nel campo codice opzione, l'indicazione dell'annualità. Gli importi associati ad esempio all'opzione BASIC 1 2021 fanno riferimento ai sinistri relativi all'annualità di polizza 2021 e quindi denunciati tra il 30/06/2021 e il 30/06/2022?

31. Si chiede conferma che nell'offerta economica non debbano essere indicati i costi della manodopera e degli oneri di sicurezza.

32. Schema di contratto. All'art. 26 – "Trattamento dati personali", lett. I, p. 32, righe 15-19, si legge: "La Aggiudicataria X conserva i dati personali trattati in esecuzione del presente contratto per tutta la durata del contratto e per i cinque anni successivi alla cessazione del rapporto contrattuale decorsi i quali procede alla relativa cancellazione [...]".

Si osserva che, in ragione del ruolo soggettivo di titolare autonomo dell'aggiudicataria, riconosciuto nell'ambito dello stesso schema contrattuale (v. lett. A), il tempo di conservazione è definito in autonomia dalla stessa aggiudicataria in ragione della normativa a essa direttamente applicabile. Tale termine, richiamato nell'informativa del titolare, è di dieci anni decorrenti dalla chiusura del rapporto contrattuale. I dati potranno inoltre essere trattati per un termine superiore ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

Si richiede pertanto se, in caso di aggiudicazione, sia possibile sostituire il termine di conservazione con quello sopra indicato.

RISPOSTE

1. SI CONFERMA E SI RIMANDA AL CAPITOLATO
2. SI CONFERMA E SI RIMANDA AL CAPITOLATO
3. SI CONFERMA
4. SI CONFERMA E SI RIMANDA AL BANDO DI GARA
5. IN CASO DI PROROGA il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per la stazione appaltante"
6. Si conferma
7. Si conferma
8. Trattandosi di polizze ad attivazione facoltative con contributo a carico del richiedente i dati relativi al numero di adesione e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante
9. Trattandosi di polizze ad attivazione facoltative con contributo a carico del richiedente i dati relativi al numero di adesione e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante

10.

Si conferma trattasi di refuso, il premio offerto deve essere uguale o minore del premio pro capite a base d'asta.

11.

Basic 1	€ 46,75
Basic 2	€ 97,50
Basic 3	€ 150,00

Plus

- a. Personale Militare della Difesa in servizio € 1.350,00;
- b. nucleo familiare del Personale Militare della Difesa in servizio permanente € 1.350,00;
- c. Personale militare in quiescenza della Difesa e relativo nucleo familiare: € 2.050,00,

12. Basic 1: PRIMO ANNO 11.722.936,00; SECONDO ANNO 12.003.000,00

13. Si rappresenta che è possibile fornire solamente il numero degli assicurati in servizio permanente per ciascuna annualità richiesta in considerazione del fatto che 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 e alla gestione delle polizze integrative non sono nella disponibilità di questa stazione appaltante

Anno 30.09.2021/30.09.2022

- Arma dei Carabinieri: 108.133 unità;
- Esercito Italiano: 73.356 unità;
- Aeronautica Militare: 36.324 unità;

- Marina Militare: 32.945 unità

Anno 30.09.2022/30.09.2023

- Arma dei Carabinieri: 106.483 unità;
- Esercito Italiano: 79.594 unità;
- Aeronautica Militare: 35.638 unità;
- Marina Militare: 35.040 unità

14. Le condizioni descritte nel capitolato tecnico della procedura in corso NON sono le medesime della copertura precedente. Il precedente Capitolato Tecnico è visionabile su <https://www.difesa.it/SGD-DNA/Staff/DG/COMMISERVIZI/Bandi/Pagine/Sanitaria.aspx>

15. Basic 1 PREMIO PRO CAPITE PER IL TITOLARE (E' L'OFFERTA ECONOMICA E L' UNICO ELEMENTO CHE COSTITUISCE CRITERIO DI AGGIUDICAZIONE)

- Basic 2 premio pro capite per ciascun familiare aderente, L'attivazione dell'estensione avverrà sempre singolarmente per ciascun soggetto purché ne abbia i requisiti

- Basic 3 il concorrente dovrà fornire la quotazione di un premio pro capite annuale, per il titolare e per ciascun familiare a carico. L'attivazione della polizza avverrà sempre singolarmente per ciascun soggetto purché ne abbia i requisiti.

- Plus si dovrà quotare:

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun militare in servizio permanente della Difesa.

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun familiare del militare in servizio permanente della Difesa.

- un premio pro capite lordo annuo per ciascun militare in quiescenza della Difesa e valido anche per ciascun relativo familiare.

la differenziazione di importo di premio tra le tre diverse categorie rimane a discrezione del concorrente - che potrebbe anche offrire un premio unitario pro capite valido sia per i militari in servizio, sia per i familiari e sia per i militari in quiescenza che aderiscono volontariamente alla polizza plus

16. Si conferma che il premio pro capite lordo annuo per il piano PLUS è AGGIUNTIVO rispetto al premio del piano Basic nelle sue diverse articolazioni.

17. Il numero del personale in servizio continuativo all'estero, per una durata media stimata di tre anni, nelle sedi di cui si pubblica elenco (non esaustivo) in profilo committente, può essere presunto, ai soli fini statistici, approssimativamente, pari a 1476 unità.

18. Si ritiene, in caso di aggiudicazione, sia possibile operare tale sostituzione nel testo delle condizioni di assicurazione

19. le spese sanitarie oggetto del contratto devono essere imputate per data di accadimento, nel determinato periodo di validità contrattuale annuale

20. a) Si rinvia al capitolato, fermo restando che le prestazioni o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato periodo di validità contrattuale annuale, saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assistenza, dal momento che la patologia oggetto di copertura e il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio.

b) SI conferma che le spese devono essere direttamente collegate all'evento (malattia o infortunio) che ha determinato il ricorso alle prestazioni

c) SI conferma e si rinvia al capitolato

d) si conferma e si rinvia al capitolato

e) SI conferma e si rinvia al capitolato

21. SI RINVIA AL CAPITOLATO

22. La corresponsione dell'indennità CHE rientra tra le prestazioni di cui all'art. 2, comma 2, lett. d), n. 3) del DM 27/10/2009 (c.d. "decreto Sacconi"), è 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 per il quale l'assicurato non ha sostenuto spese (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari).

23. si conferma

24. il rimborso forfetario in questione si applica quando il decesso è conseguente a malattia o infortunio ed ha valore di mero ristoro delle spese sostenute per il ricovero e/o le cure ma prescinde dall'entità dei giustificativi (fermo restando che il decesso debba essere comprovato susseguente ad un evento determinato come malattia o infortunio); le spese sostenute, in caso di decesso all'estero durante il ricovero, per il rimpatrio della salma, vanno invece documentate (essendo rimborsabili entro il limite di 1.500,00 euro).

25. SI INTENDE ASSOLUTA

26. a) SI CONFERMA

b) SI CONFERMA

c) SI CONFERMA

d) SI CONFERMA

27. a) SI CONFERMA

b) ogni componente del nucleo può scegliere due pacchetti e, per ciascuno di essi, può ricevere le relative prestazioni una sola volta all'anno

28. SI INTENDE ASSOLUTA

29. SI CONFERMA

30. la data di accadimento corrisponde alla relativa data fattura AD ECCEZIONE DEI RICOVERI PER I QUALI CORRISPONDE alla data ingresso presso la struttura ospedaliera

31. i COSTI DELLA MANODOPERA E DELLA SICUREZZA VANNO INDICATI A PENA DI ESCLUSIONE DELL'OFFERTA ECONOMICA

32. NON SARA' POSSIBILE MODIFICARE IL TERMINE di cinque anni successivi alla cessazione del rapporto contrattuale