

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 Fondo, ma, a maggior garanzia della solidità del Soggetto 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) e in ogni caso, a prescindere dalla forma di partecipazione, mediante l'impegno alla riassicurazione (assicurazione di secondo livello) per almeno il 65% del capitale.

QUESITO 2:

In riferimento all'art. 7.1, lett. c, del Disciplinare di gara, secondo cui costituisce requisito di idoneità "per le Compagnie di Assicurazione aventi sede legale nel territorio della Repubblica Italiana, iscrizione Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (per le imprese straniere, Elenco degli Intermediari dell'Unione Europea) tenuto da IVASS, ai sensi D. Lgs. 209/2005, per esercizio attività assicurative ramo partecipazione presente procedura", si rileva che, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, le Compagnie di Assicurazione non sono previste nell'elenco delle categorie di soggetti che possono essere iscritti nel Registro degli Intermediari assicurativi. Si prega di confermare che le Compagnie di Assicurazione, ai fini della partecipazione alla presente gara, debbano essere regolarmente iscritte nell'Albo delle Imprese, ai sensi dell'art. 35 del Regolamento ISVAP n. 10 del 2 gennaio 2008, e di rettificare di conseguenza la previsione in esame del Disciplinare di gara concedendo un'adeguata proroga del termine di scadenza per la presentazione delle offerte.

RISPOSTA:

Si conferma che per le Compagnie di Assicurazione il requisito di idoneità è soddisfatto mediante iscrizione all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione presso IVASS. Si ritiene che non sia necessaria una rettifica del Disciplinare e in ogni caso non sussistano motivazioni per concedere proroga dei termini.

QUESITO 3:

In riferimento all'art. 7.2 e all'art. 7.3 del Disciplinare di gara, secondo cui costituiscono, rispettivamente, requisiti di capacità economico e finanziaria "a. raccolta premi globale media annua esercizi 2018, 2019, 2020, non inferiore a Euro 120.000.000,00; b. raccolta premi media annua nel Ramo Danni "servizi assicurativi relativi ai rischi infortuni e malattia", esercizi 2018, 2019, 2020, non inferiore a Euro 24.000.000,00." e requisiti di capacità tecnica e professionale "elenco principali servizi assicurativi prestati ramo per cui si presenta offerta, presso Pubbliche Amministrazioni o Aziende private, pubbliche o a partecipazione pubblica, esercizi 2018, 2019 e 2020, con indicazione oggetto/premio/destinatario per un importo minimo pari a € 1.000.000,00 - da rendersi per ogni esercizio indicato", si rileva che i fondi sanitari integrativi o gli enti/casse/società di mutuo soccorso, a cui la *lex specialis* di gara riserva la partecipazione, in forma singola o in qualità di mandataria di RTI, non possono svolgere attività di raccolta premi, in quanto tale attività è riservata alle imprese di assicurazione ex art. 11 D. Lgs. n. 209 del 2005. Si chiede cortesemente di

confermare che i requisiti in esame debbano essere soddisfatti esclusivamente dalle Compagnie di Assicurazione, in qualità di mandanti di RTI, e di specificare quali sono i requisiti che devono invece essere soddisfatti dai fondi sanitari integrativi o dagli enti/casse/società di mutuo soccorso, nonché di rettificare di conseguenza la previsione del Disciplinare sopra indicata concedendo un'adeguata proroga del termine di scadenza per la presentazione delle offerte.

RISPOSTA:

Si richiama quanto sopra risposto al quesito n. 1 e si conferma che tutti i requisiti di capacità economico e finanziaria devono essere posseduti tanto dai Soggetti che intendano partecipare alla procedura in forma singola (direttamente o tramite avvalimento) quanto dai Soggetti che partecipino in forma associata (in tal caso i suddetti requisiti potranno essere soddisfatti singolarmente da ciascun associato o mediante c.d. avvalimento interno).

L'Ente, Cassa, Fondo o Società Iscritto alla Anagrafe dei Fondi può partecipare alla procedura quale concorrente in forma singola, purché possieda (direttamente o tramite avvalimento) tutti i richiesti requisiti di capacità economica e finanziaria e di capacità tecnica e professionale, tenendo conto che per "raccolta premi globale media annua esercizi 2018, 2019, 2020, non inferiore a Euro 120.000.000,00" si possa intendere la raccolta di contributi globale quale media annuale dei contributi versati all'Ente, Cassa, Fondo o Società Iscritto alla Anagrafe dei Fondi in ciascuno dei tre esercizi di riferimento (2018, 2019 e 2020).

Per il requisito "raccolta premi media annua nel Ramo Danni "servizi assicurativi relativi ai rischi infortuni e malattia", esercizi 2018, 2019, 2020, non inferiore a Euro 24.000.000,00" un Fondo sanitario, un Ente, una Cassa o un Società iscritta alla Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi che partecipi alla procedura in forma singola, deve in ogni caso possedere (direttamente o tramite avvalimento) tutti i richiesti requisiti di capacità economica e finanziaria.

Rimane fermo che il concorrente dovrà impegnarsi alla riassicurazione già in sede di partecipazione alla gara e, successivamente, in caso di aggiudicazione, dovrà dimostrare l'avvenuta sottoscrizione di un atto di copertura assicurativa di "secondo grado" che copra almeno il 65% del rischio assunto.

Si ritiene pertanto che non sia necessaria una rettifica del Disciplinare e in ogni caso non sussistano motivazioni per concedere proroga dei termini.

QUESITO 4

Si chiede di esplicitare l'importo del contributo Anac di cui all'art 11 del disciplinare di gara.

RISPOSTA:

200,00 euro

QUESITO 5

Si chiede conferma che si tratti di copertura nuova e che la popolazione non sia stata mai assicurata con copertura rimborso spese mediche. In caso contrario si chiede fornire indicazioni sui piani sanitari e la relativa statistica sinistri..

RISPOSTA:

Si conferma che il servizio di copertura assicurativa per l'assistenza sanitaria complementare e integrativa del personale militare del Ministero della Difesa

non è stato oggetto di precedenti procedure di gara espletate da questa Stazione Appaltante e pertanto non sono disponibili statistiche sinistri.

QUESITO 6

Si richiede conferma che la durata del contratto sia di un anno e che la prosecuzione del contratto per i due anni successivi non sia vincolante per la Cassa/Compagnia.

RISPOSTA

Si conferma che la durata del contratto è di un anno e che la eventuale ripetizione del contratto per i due anni successivi è una facoltà per l'Amministrazione ma non è vincolante per l'aggiudicatario.

QUESITO 7

Si chiede conferma che il premio da indicare in sede di offerta per le opzioni Polizza Basic 2/Plus 2 (estensione familiari dipendenti) e Polizza Basic 3/Plus 3 (estensione quiescenti e nuclei), sia riferito all'intero nucleo familiare (escluso il dipendente assicurato con polizza Basic 1) e non debba essere riportato un premio pro capite per singolo familiare.

RISPOSTA

Va riportato il premio pro capite per singolo soggetto (familiare o personale in quiescenza).

QUESITO 8

Si richiede se l'adesione alle polizze Basic 2, Basic 3, Plus debba essere effettuata entro la data effetto della copertura (30/06/2021) o se previsto un termine successivo alla decorrenza. In caso affermativo si chiede di esplicitare tale termine.

RISPOSTA

Le coperture Basic 2 e Basic 3 sono eventuali e facoltative, non sono previsti termini di attivazione, la quale non potrà che avvenire successivamente alla stipula del contratto, rimanendo a cura del Soggetto assicuratore aggiudicatario eventualmente stabilire termini e "finestre" in fase di esecuzione.

QUESITO 9

Si chiede conferma che l'estensione al nucleo familiare del dipendente in servizio sia possibile solo sullo stesso Piano Sanitario (Basic o Plus) in cui è assicurato il dipendente stesso.

RISPOSTA

L'estensione ai familiari avviene sempre singolarmente e non per nucleo e può avvenire anche disgiuntamente dal tipo di copertura del titolare (cioè dal dipendente militare in servizio, coperto automaticamente dalla Basic 1 all'atto della stipula).

QUESITO 10

In caso di esercizio della facoltà di proroga biennale, si chiede conferma che gli assicurati che non rinnovino l'adesione ai piani Basic e Plus non possano successivamente rientrare in copertura.

RISPOSTA

Non si ravvedono motivazioni per escludere, in caso di ripetizione, i soggetti che non hanno rinnovato precedentemente, anche in applicazione del principio di non discriminazione.

QUESITO 11

Si chiede conferma che i premi delle polizze ad adesione volontaria vengano versati direttamente dagli aderenti alla Cassa Contraente mediante bonifico bancario.

RISPOSTA

I premi delle polizze ad adesione volontaria Verranno versati direttamente dagli aderenti con le modalità predisposte dal Soggetto Assicuratore all'atto dell'avvio del servizio.

QUESITO 12

Si chiede conferma che il processo di adesione alle polizze Basic 2, Basic 3 e Plus in capo ai singoli aderenti possa essere gestito attraverso il Sito Web della Cassa o di un Ente terzo subappaltatore di tale attività.

RISPOSTA

Si conferma che il processo di adesione per le polizze su base volontaria deve essere gestito attraverso il Sito Web del soggetto assicuratore e del subappaltatore.

QUESITO 13

Si richiede evidenza del numero complessivo di nuclei familiari e personale in quiescenza a cui la copertura è rivolta (potenziali aderenti)

RISPOSTA

I dati relativi al numero complessivo di nuclei familiari non sono in possesso di questa Stazione Appaltante. Si ritiene utile e sufficiente ai fini della valutazione del rischio e della conseguente congruità dell'offerta far riferimento alle statistiche generali della popolazione rapportate al numero del personale in servizio.

Il dato relativo al numero complessivo di pensionati che potenzialmente possono aderire alla polizza Basic 3 è il seguente: 99.104 unità. In allegato alla risposta al quesito n. 2 pubblica su profilo committente è stata posta la tabella riportante il dettaglio con la distinzione per Forza armata e classi di età.

Si rimane a disposizione per qualsiasi eventuale ulteriore chiarimento in merito.

IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO
Dr.ssa Emilia ZIELLO