

**Oggetto: GARA A PROCEDURA APERTA PER L'APPALTO DI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE PER I DIPENDENTI NON DIRIGENTI (E PER IL NUCLEO FISCALMENTE A CARICO) DI SOGEI S.p.A e CONSIP S.p.A.**

I chiarimenti della gara sono visibili sui siti: [www.consip.it](http://www.consip.it); [www.acquistinretepa.it](http://www.acquistinretepa.it); [www.mef.it](http://www.mef.it)

Si comunica che la Consip S.p.A. con il presente documento ha provveduto a fornire chiarimenti alle sole richieste di informazioni complementari/supplementari sulla documentazione di gara, ai sensi dell'art. 88, comma 3, D.Lgs. n. 36/2023. Ne consegue che non è stato riprodotto – e pertanto non sarà oggetto di riscontro - tutto ciò che non rientra nell'ambito di applicazione della predetta previsione normativa.

\*\*\*

## II TRANCHE DI CHIARIMENTI

### 1) Domanda

Si chiede conferma che a comprova del requisito di cui all'art. 6.2 lett a) del Disciplinare possano essere utilizzati i certificati di polizza, firmati dalla Compagnia e dal Contraente, contenenti l'indicazione dell'oggetto contrattuale, dell'importo dei premi e della data di esecuzione.

#### Risposta

Ai sensi del par. 6.2, lett a) del Disciplinare di gara, nell'ipotesi di contratti stipulati con privati, la comprova del requisito è fornita mediante i contratti medesimi completi di copia delle fatture quietanzate ovvero dei documenti bancari o altro documento equivalente atte stante il pagamento delle stesse. Per le altre ipotesi, si rinvia a quanto stabilito dal par. 6.2, lett. a) del Disciplinare di gara.

### 2) Domanda

Si chiede conferma che, nel caso in cui il concorrente dichiari il subappalto per una serie di attività che vengono descritte come modello operativo nella relazione tecnica (ad esempio gestione dei sinistri, servizio di Call Center/Centrale Operativa), non debba farsi ricorso all'istituto dell'avvalimento premiale, ma si valorizzi la relazione tecnica in virtù del predetto subappalto.

#### Risposta

Premesso che gli istituti descritti sono caratterizzati da una differente finalità e disciplina ed è responsabilità dell'operatore scegliere l'istituto maggiormente opportuno in base alle proprie esigenze, si precisa che nell'ambito della relazione tecnica l'operatore è chiamato a descrivere le modalità di svolgimento del servizio alla luce dei criteri di valutazione indicati nel Disciplinare di gara, non rilevando in tale sede il riferimento al subappalto.

### 3) Domanda

Con riferimento alle riduzioni di cui al §10 (“Garanzia provvisoria”) del Disciplinare di gara si chiede conferma che possa essere applicata anche la riduzione del 10% prevista in caso di presentazione di garanzie fideiussorie emesse e firmate digitalmente gestite mediante il ricorso a piattaforme telematiche.

#### Risposta

La riduzione del 10%, cumulabile con quelle previste alle lettere a) e b) del paragrafo 10 del Disciplinare di gara, è applicata in caso di presentazione di garanzie fideiussorie verificabili telematicamente sul sito internet dell'emittente.

### 4) Domanda

Con riferimento al seguente capoverso dell'art. 31 del Capitolato Tecnico *“Il Fornitore, conformemente a quanto dichiarato in sede di offerta, si è riservato di affidare in subappalto, l'esecuzione delle seguenti prestazioni: \_\_\_\_\_ <eventuale, solo laddove indicata in offerta inserire la percentuale dichiarata dall'aggiudicatario: per una quota pari al \_\_\_\_\_(%) dell'importo contrattuale (eventuale: solo laddove indicata in offerta una quota diversa da quella minima del 20% e questa sia stata ritenuta ammissibile) di cui il ....% è riservato a piccole e medie imprese, come definite dall'articolo 1, comma 1, lettera o) dell'allegato I.1 del Codice. “, si chiede conferma che possa essere opportunamente modificato, indicando da un lato l'importo del corrispettivo in misura percentuale rispetto al valore della commessa (come riportato nel documento), dall'altro, la percentuale di prestazioni subappaltate rispetto alle attività subappaltabili (che non corrispondono quindi al valore del contratto), con un minimo del 20% (in caso non si necessitasse della deroga).*

#### Risposta

Posto che il quesito non è chiaro, si richiama quanto stabilito al par. 8 del Disciplinare di gara: *“l'operatore economico ha l'obbligo di riservare, in caso di subappalto, una quota minima del 20% delle prestazioni subappaltabili alle piccole e medie imprese (PMI), come definite dall'articolo 1, comma 1, lettera o) dell'allegato I.1 del Codice. Gli operatori economici possono indicare nell'Allegato “Domanda di partecipazione” una diversa soglia di affidamento delle prestazioni subappaltabili alle PMI per ragioni legate all'oggetto o alle caratteristiche delle prestazioni o al mercato di riferimento.”*

### 5) Domanda

Si chiede conferma se relativamente ai costi della manodopera si debbano riportare anche quelli relativi al subappaltatore se pertinenti (ad esempio in caso di esternalizzazione delle attività di Call Center).

#### Risposta

Come specificato al par. 17 del Disciplinare di gara, in sede di offerta economica, l'operatore dovrà indicare i costi della manodopera riferiti alle prestazioni di cui al par. 3 del Disciplinare di Gara.

Si rimanda, inoltre, a quanto previsto sul punto dall'Allegato 6 “Schema giustificativi anomalia, costi della manodopera e della sicurezza” e, nello specifico, al par. 2, lett. g), nonché al successivo par. 3 dell'allegato medesimo.

## 6) Domanda

In riferimento alle annualità 2022 2023 2024 si chiede di ricevere:

- Premio pro capite sia per il nucleo a carico che per i familiari non a carico (con dettaglio distinto per i familiari aderenti con massimali autonomi e massimali condivisi) e specificando se si tratta di premi lordo o netto imposte,
- Numero di dipendenti e familiari a carico assicurati/aderenti alla copertura
- Numero di familiari non a carico aderenti (con dettaglio distinto per i familiari aderenti con massimali autonomi e massimali condivisi)
- Numero totale dei dipendenti di Consip e Sogei
- Volume annuo dei premi sia per il nucleo a carico che per i familiari non a carico (con dettaglio distinto per i familiari aderenti con massimali autonomi e massimali condivisi) e specificando se si tratta di premi lordo o netto imposte

## Risposta

Si veda la risposta al quesito n. 17 della prima tranche di chiarimenti.

TIPOLOGIA ASSICURATI SOGEI	01/07/2022 - 30/06/2023	01/07/2023 - 30/06/2024	01/07/2024 - 30/06/2025
DIPENDENTI	1706	1911	1865
FAMILIARI NON A CARICO ADERENTI CON MASSIMALI CONDIVISI	90	101	86
FAMILIARI NON A CARICO ADERENTI CON MASSIMALI AUTONOMI	16	23	27

TIPOLOGIA ASSICURATI CONSIP	01/07/2022 - 30/06/2023	01/07/2023 - 30/06/2024	01/07/2024 - 30/06/2025
DIPENDENTI	359	365	364
FAMILIARI NON A CARICO ADERENTI CON MASSIMALI CONDIVISI	11	11	10
FAMILIARI NON A CARICO ADERENTI CON MASSIMALI AUTONOMI	5	3	2

Il numero totale del personale non dirigente è pari a 2.740 per Sogei e pari a 391 per Consip.

## 7) Domanda

In riferimento al file All13 report sinistri si chiede se gli importi includono sia i sinistri del titolare con nucleo a carico sia i sinistri dei familiari non a carico. Si chiede inoltre se possibile ricevere il dettaglio dei sinistri per il solo titolare con nucleo a carico, familiari non a carico massimali autonomi e familiari non a carico massimali condivisi.

## Risposta

Con riferimento all'Allegato 13 "Report Sinistri" si specifica che gli importi includono sia i sinistri del dipendente e del nucleo fiscalmente a carico, sia gli importi relativi ai familiari non fiscalmente a carico. Con riferimento al secondo quesito, si veda allegato al presente documento.

### **8) Domanda**

Con riferimento al Capitolato tecnico § Definizioni – Malattia si chiede conferma che non sono considerati malattia la gravidanza e i vizi di rifrazione.

#### **Risposta**

Non si conferma. Ai fini delle coperture oggetto della procedura, gravidanza e vizi di rifrazione sono inclusi nella definizione di “malattia”.

### **9) Domanda**

Con riferimento alle visite specialistiche di cui al Capitolato Tecnico si chiede conferma che sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

#### **Risposta**

Si precisa che, ai fini del Piano Sanitario oggetto della presente procedura, saranno accettate le visite specialistiche effettuate da medici specialisti iscritti all'albo, comprese le visite pediatriche specialistiche e quelle erogate tramite servizi di telemedicina.

### **10) Domanda**

Con riferimento all' Art.6 Assistiti, punto 3 del capitolato Tecnico, posta la data di decorrenza dell'assicurazione, si chiede di precisare:

- se vadano considerate indennizzabili le prestazioni sanitarie rese necessarie da eventi verificatisi prima di tale data (infortuni già accaduti, malattie già diagnosticate);
- in caso di risposta positiva alla precedente domanda, se la copertura degli eventi pregressi valga con esclusivo riferimento alle malattie oppure operi anche con riferimento agli infortuni;
- sempre nel caso in cui gli eventi pregressi siano indennizzabili, se tale condizione valga solo nei confronti dei soggetti inseriti inizialmente in copertura ai sensi del presente contratto oppure anche nei confronti di soggetti inseriti in corso di vigenza contrattuale.

#### **Risposta**

Con riferimento ai quesiti posti, si precisa che:

- sono indennizzabili le spese mediche sostenute a seguito di patologie pregresse derivanti da malattia o da infortunio;
- si ribadisce che sono indennizzabili le spese sostenute a seguito di patologie già diagnosticate a seguito di malattia o di infortuni diagnosticati/occorsi precedentemente alla decorrenza del piano sanitario, fermo restando che le spese mediche devono essere sostenute durante la validità della copertura oggetto del presente Capitolato;
- le spese mediche sostenute a seguito di patologie pregresse derivanti da malattia o da infortunio saranno rimborsate, qualora sostenute nel periodo di copertura, sia per l'elenco degli assicurati dal primo giorno di copertura che per coloro i quali verranno inclusi in corso d'anno. Pertanto, l'assicurato

che viene incluso in corso d'anno non potrà portare a rimborso delle spese mediche sostenute prima del suo ingresso in copertura.

### **11) Domanda**

Con riferimento alla Documentazione in caso di infortunio si chiede conferma che in caso di Infortunio deve essere presentato, fra gli altri documenti, il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

### **Risposta**

Si rappresenta che le azioni e gli strumenti che il Concorrente si impegna ad adottare per l'ottimizzazione delle Modalità di Rimborso e dell'Assistenza Diretta sono oggetto di valutazione dell'offerta tecnica, secondo i criteri di cui alla tabella 18.1 del Disciplinare di Gara.

### **12) Domanda**

Relativamente al §16/A – Area Ricovero del Capitolato tecnico con riferimento:

- alle prestazioni eseguite nei 90 giorni antecedenti al ricovero, si chiede se sia corretto considerarle indennizzabili solamente quando, al momento della loro esecuzione, sia già nota l'esigenza di disporre il ricovero o l'intervento ambulatoriale/in day hospital – con data già fissata – e pertanto tali prestazioni risultino collegate al successivo evento (ricovero/intervento) già al momento della loro prescrizione da parte del professionista sanitario. Sarebbero pertanto escluse dal novero delle prestazioni “pre-ricovero” e “pre-intervento”, ai sensi della presente garanzia, quelle prestazioni al cui esito emergesse la necessità di disporre un ricovero o eseguire un intervento: tali prestazioni verrebbero eventualmente indennizzate nell'ambito della garanzia delle “extraospedaliere”, qualora previste;
- alle garanzie di cui al presente articolo, si chiede conferma che l'operatore copra le spese sostenute dall'Assicurato secondo quanto disciplinato dalle citate lettere 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, l'operatore riconosce le spese del Ricovero improprio nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili ai sensi del Contratto;
- alle medicine riconosciute a seguito di intervento si chiede conferma che siano indennizzabili solo quelle prescritte dal medico curante in fase di dimissione ospedaliera, per un periodo massimo pari alla durata dei giorni post ricovero indennizzati
- alle spese per il trasporto dell'assicurato si chiede conferma che la scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, 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;

### **Risposta**

- Non si conferma. L'esigenza di ricovero potrebbe non essere nota al momento della prestazione pre-ricovero.

- Non si conferma, le spese di cui al 16/A saranno dovute al verificarsi del ricovero, con le modalità allo stesso articolo definite.
- Non si conferma, possono venir prescritte anche in data successiva alle dimissioni, purché rientranti nei giorni di post/ricovero e sia esplicitata nella prescrizione medica la connessione con il ricovero.
- Non si conferma. Come previsto all'art. 16/A l'operatore sosterrà le spese per il trasporto dell'Assistito alla struttura sanitaria in ambulanza, treno, eliambulanza, aereo o qualsiasi mezzo idoneo, nonché l'eventuale trasferimento da una struttura sanitaria all'altra, purché disposti da personale sanitario qualificato, il tutto entro il limite di € 2.000,00 per persona/anno, sia in Italia che all'estero.

### **13) Domanda**

Relativamente al §16/B - Indennità sostitutiva da ricovero del Capitolato tecnico si chiede conferma che l'indennità giornaliera di cui al presente articolo 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.

#### **Risposta**

Si rimanda a quanto previsto dall'art. 16/B del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.

### **14) Domanda**

Si chiede conferma, anche in considerazione del ruolo di Titolare Autonomo che rivestirebbe una compagnia di assicurazioni concorrente, che l'Allegato di Sicurezza debba intendersi come una linea guida generale, da adattarsi alla specificità della commessa.

#### **Risposta**

L'Allegato di Sicurezza disciplina gli obblighi e le istruzioni che il Fornitore è tenuto ad osservare - per quanto applicabili alla specifica fornitura – al fine di garantire la sicurezza dei servizi, dei sistemi e delle informazioni nell'ambito dell'erogazione della fornitura per Sogei, nonché la compliance alla normativa vigente di riferimento in materia di cybersecurity.

### **15) Domanda**

Con riferimento all'Allegato Security, requisito *"1.7.1 I sistemi utilizzati per l'erogazione dei servizi previsti nel Contratto sono implementati su domini separati del Fornitore per evitare, nel caso di attacco malware, la diffusione del codice malevolo"*, si chiede se la frase "sono implementati su domini separati del Fornitore" è da intendersi come implementazione "single tenant" rispetto a "multi tenant" o fa riferimento all'implementazione di una sottorete dedicata ai sistemi usati per l'erogazione del servizio che deve essere separata dalle altre sottoreti della Compagnia, ad esempio le sottoreti delle filiali / linee operative / altre... ?

#### **Risposta**

Il requisito deve intendersi nel senso che i sistemi utilizzati devono essere logicamente separati da quelli utilizzati internamente mediante, per esempio, sottoreti diverse. Quindi è la seconda fattispecie indicata nella domanda.

**16) Domanda**

Teste assicurate degli ultimi 3 anni o comunque degli anni dei sinistri pubblicati suddivise tra dipendenti con familiari a carico e adesioni dei famigliari non a carico;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**17) Domanda**

Relativamente alla popolazione si chiede il totale dei dipendenti di Sogei e Consip degli ultimi 3 anni, o comunque degli anni dei sinistri pubblicati, nonché il di cui numero di dipendenti che hanno aderito al piano complementare negli ultimi 3 anni ed il relativo numero di familiare non fiscalmente a carico che hanno aderito;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**18) Domanda**

Relativamente alla popolazione si chiede il numero dei dipendenti di Sogei e Consip con nucleo e senza nucleo degli ultimi 3 anni, o comunque degli anni dei sinistri pubblicati;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**19) Domanda**

Premi degli ultimi 3 anni o comunque degli anni dei sinistri pubblicati suddivise tra dipendenti con familiari a carico e adesioni dei famigliari non a carico;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6 del presente documento e n. 17 della prima tranche di chiarimenti.

**20) Domanda**

Ai fini di una corretta valutazione del rischio, relativamente alla popolazione da assicurare in futuro, si chiede di pubblicare:

- Età media titolari;
- % uomini e % donne dei titolari;
- Numero di familiari NON fiscalmente a carico divisi tra coniugi/conviventi e figli, attualmente aderenti al piano sanitario.

**Risposta**

Relativamente alla popolazione aziendale, si specifica che l'età media dei dipendenti non dirigenti Sogei è pari a 50 anni, mentre l'età media dei dipendenti non dirigenti Consip è pari a 48 anni.

Per Sogei la percentuale di uomini è pari al 59% contro il 41% delle donne, mentre per Consip gli uomini rappresentano il 42% contro il 58% delle donne.

Con riferimento all'ultima domanda, si veda la risposta al quesito n. 6.

**21) Domanda**

Al fine di una corretta interpretazione dell'allegato 13, si chiede di fornire i dati di cui sopra per le annualità 2022/2023, 2023/2024 e 2024/2025.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**22) Domanda**

Si chiede uno spaccato dei sinistri forniti (All.13) specificando la categoria colpita (dipendente, familiare non a carico con massimale condiviso, familiare non a carico con massimale autonomo);

**Risposta**

Si veda allegato al presente documento.

**23) Domanda**

Si chiede uno scarico granulare dei sinistri delle ultime 3 annualità;

**Risposta**

Si veda allegato al presente documento.

**24) Domanda**

Si chiede di indicare il numero dei nuclei assicurati per Sogei e per Consip negli ultimi tre anni;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**25) Domanda**

Si chiede di indicare il numero dei familiari non fiscalmente a carico con massimali autonomi assicurati per Sogei e per Consip negli ultimi tre anni;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**26) Domanda**

Si chiede di indicare il numero dei familiari non fiscalmente a carico con massimali condivisi assicurati per Sogei e per Consip negli ultimi tre anni;

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**27) Domanda**

In riferimento all'art 6 comma 1 del Capitolato si chiede conferma della seguente interpretazione:

I figli non fiscalmente a carico purché conviventi (risultanti dallo stato di famiglia) e i figli non fiscalmente a carico non conviventi sino a 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sedi in province diverse rispetto a quella di residenza del genitore titolare iscritto, possono aderire su base facoltativa

usufruendo di massimali condivisi con il dipendente e il nucleo a carico e pagando un premio aggiuntivo rispetto a quello previsto per il dipendente e il nucleo a carico. Il premio da corrispondere per l'adesione facoltativa di tali soggetti sarà pari al premio previsto per l'adesione dei familiari non a carico con massimali condivisi (premio massimo da documentazione di gara pari a € 1200 pro capite). Si chiede eventualmente di fornire la corretta interpretazione.

**Risposta**

Non si conferma. I figli non fiscalmente a carico purché conviventi (risultanti dallo stato di famiglia) e i figli non fiscalmente a carico non conviventi sino a 30 anni di età che siano regolarmente iscritti ad Università aventi sedi in province diverse rispetto a quella di residenza del genitore titolare iscritto, potranno essere iscritti con contributo a carico dell'Associato/del Contraente e usufruiranno dei massimali condivisi, come specificato al par 6.1 del Capitolato Tecnico/ Schema di Contratto.

**28) Domanda**

Si chiede se è ammessa la Coassicurazione.

**Risposta**

Si conferma. Si precisa che nel caso in cui l'aggiudicatario della gara sia una Coassicurazione, le Società Coassicuratrici sono solidalmente responsabili, anche ai fini del pagamento dell'indennità assicurata, in deroga all'art. 1911 Codice Civile, nei confronti degli assistiti.

Tutte le comunicazioni relative al Contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, anche in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

Resta fermo che ai fini dell'ottenimento dei benefici fiscali di cui al D.P.R. n. 22/12/1986, n. 917, le prestazioni dovranno comunque essere rese attraverso un soggetto di cui alla lettera a) del paragrafo 6.1, n. 2, lett. a) del Disciplinare di gara, avente i requisiti di idoneità ivi indicati oltre i requisiti generali, la cui disponibilità dovrà essere garantita per l'intera durata contrattuale.

**29) Domanda**

In riferimento all'Art. 16/E – Area extra-ospedaliera: si chiede conferma che l'Assistito debba presentare per ogni richiesta di rimborso il Prospetto Liquidativo rilasciato dal Fondo Sanitario. In caso negativo, si chiede conferma che il rimborso sia da intendersi al netto degli importi che il Fondo avrebbe riconosciuto fuori rete.

**Risposta**

Si rinvia a quanto stabilito al Capitolato Tecnico/Schema di Contratto e ad ogni modo si rappresenta che le modalità di rimborso sono oggetto del criterio di valutazione n. 7 di valutazione dell'offerta tecnica di cui alla tabella 18.1 del Disciplinare di Gara.

**30) Domanda**

In riferimento al § 4 del disciplinare di gara si chiede di confermare che sia ammissibile la partecipazione congiunta in raggruppamento tra Compagnie di Assicurazione in regime di coassicurazione. In tale ipotesi, la costituenda coassicurazione presenterebbe una dichiarazione di impegno nella quale le singole imprese coassicuratrici conferirebbero all'impresa incaricata una delega per la gestione completa del rapporto

assicurativo, ivi compresa la stipula del contratto in nome e per conto proprio e delle coassicuratrici, conformemente alle disposizioni di cui all'articolo 68 del D.lgs. n. 36/2023. Tale mandato dovrebbe espressamente prevedere, oltre all'impegno a non modificare la composizione della Coassicurazione, anche che l'impresa incaricata, delegataria e mandataria della gestione completa del rapporto assicurativo, risponderebbe per l'intera copertura del rischio, in deroga all'art. 1911 del codice civile e corrisponderebbe integralmente il risarcimento dovuto, salvo rivalsa nei confronti delle imprese coassicuratrici. Resta ferma la previsione secondo cui, ai fini dell'ottenimento dei benefici fiscali di cui al D.P.R. n. 22/12/1986, n. 917, le prestazioni dovranno comunque essere rese attraverso Casse di Assistenza, Enti, Società di mutuo soccorso di cui all'art. 51, comma 2 lett. a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, aventi i requisiti di idoneità richiesti oltre i requisiti generali, la cui disponibilità dovrà essere garantita per l'intera durata contrattuale dalla costituenda coassicurazione.

#### **Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 28.

#### **31) Domanda**

Si chiede, per ognuna delle ultime tre annualità, il cui dettaglio sinistri è riportato nell'allegato 13, le seguenti informazioni relative agli assicurati in copertura:

- Dipendenti: numero con distinzione per sesso e indicazione dell'età media;
- Coniugi fiscalmente a carico: numero con distinzione per sesso e indicazione dell'età media;
- Figli fiscalmente a carico: numero con distinzione per sesso e indicazione dell'età media;
- Coniugi NON fiscalmente a carico: numero con distinzione per sesso e indicazione dell'età media;
- Figli NON fiscalmente a carico: numero con distinzione per sesso e indicazione dell'età media.

#### **Risposta**

Si veda la risposta ai quesiti n. 6 e n. 20.

#### **32) Domanda**

Si chiede, per ognuna delle ultime tre annualità, il cui dettaglio sinistri è riportato nell'allegato 13, qual è il contributo versato relativo ad ogni categoria di soggetti assicurati: dipendenti con nucleo fiscalmente a carico ed ogni familiare non fiscalmente a carico con massimali condivisi e autonomi.

Si chiede, inoltre, a quanto ammonti la quota pagata dal dipendente relativamente al contributo per la copertura del dipendente stesso e del nucleo fiscalmente a carico.

#### **Risposta**

Si veda la risposta al quesito n. 17 della I Tranche di chiarimenti. Il contributo per la copertura del dipendente non dirigente e del nucleo fiscalmente a carico è prestato delle due società Contraenti (Sogei e Consip).

#### **33) Domanda**

A pag. 6 del "*Capitolato tecnico\_ Schema di contratto*" si legge: "*Il Piano Sanitario ha durata 18 mesi, decorre dalle ore 00,00 del 01/07/2025 – subordinatamente al raggiungimento di un numero minimo di adesioni pari al 30% - e scade alle ore 24.00 del 31/12/2026.*"

Si chiede conferma che il numero minimo di adesioni del 30% sia da applicare ai 3.296 dipendenti riportati a pag. 10 del Disciplinare.

Si chiede conferma che, quindi, il Piano Sanitario parta con una adesione di almeno  $3.296 \times 30\% = 989$  dipendenti con relativi eventuali familiari.

Si chiede conferma che, qualora il Piano Sanitario non dovesse raggiungere il numero minimo di aderenti, il Piano non avrà decorrenza, né in forma di Assistenza Diretta, né in forma rimborsuale.

#### **Risposta**

Non si conferma. Il numero minimo di adesioni pari al 30%, finalizzato all'attivazione del piano sanitario, è connesso al singolo contratto con Sogei/Consip. Di conseguenza la base percentuale è costituita dal numero di dipendenti della singola società, come stimati alla tabella riportata al par. 3 del Disciplinare di Gara.

#### **34) Domanda**

A pag. 6 del "Capitolato tecnico\_ Schema di contratto" si legge: " Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente Piano Sanitario, l'Associato/Contraente verserà al/la Cassa/Fondo (aggiudicatario/a ovvero indicata/o dalla Compagnia assicurativa aggiudicatario/a) per ciascun dipendente che abbia interesse ad aderire al Piano sanitario e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico un corrispettivo annuo lordo (comprensivo degli eventuali premi e connessi oneri fiscali ed eventuali oneri di iscrizione al fondo) pari a €\_\_\_\_\_."

Si chiede conferma che l'adesione del dipendente e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico preveda, da parte dello stesso, il versamento di un contributo all'Associato/contraente.

In caso affermativo, si chiede, inoltre, a quanto ammonti la quota pagata dal dipendente relativamente al contributo per la copertura del dipendente stesso e del nucleo fiscalmente a carico. In altre parole, del contributo pari a 1.600 euro posto a base d'asta, si richiede a quanto ammonti la quota a carico del dipendente. Poiché è prevista la possibilità di scontare il contributo di 1.600 euro, si chiede se la quota a carico del dipendente resti invariata a seguito dello sconto oppure debba ricalcolarsi in proporzione.

#### **Risposta**

Per quanto riguarda Sogei, sarà previsto un contributo a carico del dipendente pari al 10% dell'importo pro capite aggiudicato per la copertura del dipendente stesso e del nucleo fiscalmente a carico.

La Consip si riserva la facoltà di richiedere al dipendente un contributo in misura non superiore al 10% dell'importo pro capite aggiudicato.

#### **35) Domanda**

A pag. 15 del "Capitolato tecnico\_ Schema di contratto" si legge: "L'Associato/La Contraente, in casi eccezionali, potrà in corso di esecuzione prorogare il contratto per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo fornitore se si verificano le condizioni indicate all'art. 120 comma 11 del Codice. In tal caso il Fornitore è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto stesso."

Nell'eventualità della proroga successivamente al 31/12/2026, come riportato sopra, si chiede di indicare come si intenda integrare le condizioni del piano MetaSalute, dal momento che le condizioni di copertura dello stesso Fondo MetaSalute dal 01/01/2027 sono al momento non note.

### Risposta

Premesso che la proroga di cui all'art. 120 comma 11 del Codice è facoltativa e potrà essere esercitata al ricorrere dei presupposti di legge, ad oggi non risulta possibile prevedere e disciplinare l'eventualità descritta in quanto non sono neppure note le condizioni, alla data indicata, del piano Metasalute.

### 36) Domanda

Si chiede conferma che le **visite specialistiche** indicate nelle diverse garanzie del presente Piano:

- sono sempre da considerarsi come prestazione sanitaria effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata;
- sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale;
- non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

### Risposta

Con riferimento ai quesiti posti, si specifica quanto segue:

- si conferma;
- sono ammesse le visite prestate da uno specialista;
- non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medico generale o pediatra di base.

### 37) Domanda

In riferimento alla garanzia "**Ospedalizzazione domiciliare post ricovero**" di cui al punto 16/A Area ricovero del "*Capitolato tecnico\_ Schema di contratto*", si chiede conferma che il ricovero sia indennizzabile a termini di polizza. Si chiede inoltre conferma spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare con assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, debbano essere valutate dalla Società preventivamente in caso di assistenza diretta ed alla presentazione della richiesta di rimborso, secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

### Risposta

Si conferma.

Non si conferma in quanto non è prevista una valutazione preventiva.

### 38) Domanda

In riferimento al "*Capitolato tecnico\_ Schema di contratto*" punto **16/E – Extra- ospedaliere** si legge "*... senza l'applicazione di franchigie e/o scoperti esclusivamente sulle prestazioni extra-ospedaliere in particolare:*". Si chiede conferma che la copertura si intende prestata ad integrazione **e nella sola forma rimborsuale per la quota rimasta a carico dell'assicurato sia in caso di assistenza diretta sia in caso di assistenza indiretta con il Fondo MetaSalute** per le seguenti prestazioni:

- Alta specializzazione
- Visite ed accertamenti diagnostici

Si chiede, inoltre, conferma che le prestazioni di Alta Specializzazione siano le medesime previste dall'elenco presente nei Piani MetaSalute di cui all' ART 16 Oggetto del piano sanitario e che gli accertamenti diagnostici siano diversi da quelli previsti dall'elenco Alta Specializzazione.

#### **Risposta**

Qualora l'assistito si rivolga a primo rischio al Fondo MetaSalute, e riceva l'indennizzo dallo stesso, il piano integrativo opererà senza applicazione di franchigia sia in caso di assistenza diretta che indiretta.

Ai fini dell'art. 16/E si conferma che le prestazioni di Alta Specializzazione sono le medesime previste dall'elenco presente nei Piani MetaSalute e che gli accertamenti diagnostici sono diversi da quelli previsti dall'elenco Alta Specializzazione. Per prestazioni non previste da MetaSalute, ma previste dal piano sanitario integrativo oggetto della procedura, si applica lo scoperto del 30% di cui all'art. 16/F (eventualmente migliorabile in sede di offerta).

#### **39) Domanda**

In riferimento al "*Capitolato tecnico\_ Schema di contratto*" punto 16/F- Clausola integrativa "fattispecie di applicazione della Clausola integrativa "si legge: "**garanzia non prevista da métaSalute: scoperto del 30%** (valore soggetto a migliona, cfr. par. 18.1, criterio n. 5 del *Disciplinare di gara*)" Si chiede conferma che le prestazioni a cui si riferisce il punto sopra menzionato siano riferite alle prestazioni indicate al punto 16/E Extra- Ospedaliere.

#### **Risposta**

La clausola integrativa di cui al 16/F del Capitolato richiamata nel quesito, si riferisce a prestazioni non incluse nel normativo di MetaSalute ma ricomprese nel Piano Sanitario oggetto della procedura di gara.

#### **40) Domanda**

In riferimento al "*Capitolato tecnico\_ Schema di contratto*" punto 16/F- Clausola integrativa "fattispecie di applicazione della Clausola integrativa si legge "***prestazione, prevista dal Fondo métaSalute, non richiesta al Fondo ma richiesta direttamente al piano oggetto del presente capitolato: rimborso al netto di quanto avrebbe riconosciuto il fondo fuori rete***". Si chiede conferma che le prestazioni oggetto della casistica siano le prestazioni di Alta specializzazione, visite ed accertamenti diagnostici che il Fondo prevede all'interno delle 5 prestazioni anno/nucleo al netto di quanto avrebbe riconosciuto il fondo fuori rete.

#### **Risposta**

Si rimanda a quanto previsto dalle previsioni degli artt. 16/E e 16/F.

#### **41) Domanda**

In riferimento al "*Capitolato tecnico\_ Schema di contratto*" punto 16/E Area extraospedaliera e punto 16/F Clausola integrativa, ai fini di una corretta valutazione, si chiede conferma che per le prestazioni prestate ad integrazione, l'assicurato, dopo il passaggio con il fondo meta salute debba inoltrare, unitamente alla documentazione di spesa e sanitaria richiesta alle singole garanzie, anche la documentazione rilasciata dal fondo indicante le motivazioni di eventuali dinieghi ed importi rimborsati/non rimborsati dal Fondo stesso.

#### **Risposta**

Si veda risposta al quesito 29.

#### 42) Domanda

Si chiede conferma che in caso di assistenza indiretta a rimborso, sia necessaria la seguente documentazione:

- in caso di ricovero e day hospital/ day Surgery, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di parto/aborto, lettera di dimissioni, nel caso in cui si richieda la corresponsione dell'indennità giornaliera commento;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in aggiunta a quanto sopra, in caso di convenzionamento diretto con MetaSalute di cui al punto 18 Assistenza Diretta, documentazione che attesti la quota rimasta a carico dell'assicurato.

#### Risposta

Si veda risposta al quesito 29.

#### 43) Domanda

In riferimento al "Capitolato tecnico\_ Schema di contratto" lettera 14/G -Gravi eventi morbosi, punto 2 si legge "In caso di Ricovero, le prestazioni di cui all'art. 16/A sono riconosciute senza il limite dei 90 giorni precedenti e successivi al Ricovero, nei limiti del massimale di € 500.000,00 per anno/nucleo familiare, senza applicazione di scoperto/franchigia." Si chiede conferma che il ricovero dovuto a Grave evento morboso sia avvenuto durante l'operatività del contratto. Si chiede, inoltre, conferma che i ricoveri per Gravi eventi morbosi siano ricoveri senza intervento chirurgico.

#### Risposta

Si conferma che il ricovero per grave evento morboso deve avvenire durante l'operatività del contratto. Il grave evento morboso rientra nella garanzia ricovero, sia che richieda un intervento chirurgico sia che non lo richieda.

#### 44) Domanda

In riferimento al "Capitolato tecnico\_ Schema di contratto" punto 18. Assistenza Diretta in caso di convenzionamento diretto con l'aggiudicatario (ove previsto) si legge "*Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia, ove previsto, può avvenire in Assistenza diretta con il network sanitario dell'Aggiudicatario. **In caso di Assistenza Diretta, limitatamente alle prestazioni ove sia possibile convenzionarsi con la rete medica dell'Aggiudicatario (area gravi eventi morbosi ed eventuali prestazioni non coperte da métaSalute, ma incluse nel presente piano)** l'Aggiudicatario provvederà alla liquidazione delle spese, senza deduzione di franchigie/ scoperti previste dal presente piano sanitario, direttamente agli Istituti di cura / Centri convenzionati e ai medici convenzionati*".

Si chiede conferma che le prestazioni per le quali sia possibile attivare il pagamento diretto da parte dell'aggiudicatario siano quelle previste ai punti 16/A Area Ricovero, 14/G – Gravi Eventi Morbosi e che pertanto siano escluse dall'assistenza diretta tutte le prestazioni non contemplate dai punti sopra menzionati.

**Risposta**

Si rimanda alle previsioni del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.

**45) Domanda**

Allo scopo di ridurre i margini di interpretazione che possano generare controversie nella gestione dei sinistri, si propone all'Ente di rivedere alcune definizioni come segue:

- a. **EVENTO** Ricovero con o senza intervento chirurgico, anche in regime di degenza diurna. In caso di prestazioni extra-ospedaliere, per evento si intende l'esecuzione della prestazione che si intende portare a rimborso ai sensi di polizza
- b. **MALATTIA** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio che non sia malformazione o difetto fisico
- c. **MALFORMAZIONE** Anomalia congenita del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi
- d. **RICOVERO** Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento documentata da cartella clinica e da SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Risposta**

Si confermano le previsioni del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.

**46) Domanda**

In considerazione della durata del Piano Sanitario pari a 18 mesi, si chiede conferma che i massimali di polizza si intendano riproporzionati al periodo di copertura così come avviene per il premio annuo lordo per i 6 mesi eccedenti l'annualità intera.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 2 della I Tranche di Chiarimenti.

**47) Domanda**

All'art. 3 Decorrenza del Piano Sanitario, si legge "L'Assistenza per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 01.07.2025 e in forma di Assistenza Diretta dal giorno successivo a quello in cui perverrà all'aggiudicatario l'elenco degli Assistiti, previo raggiungimento della percentuale di adesione minima. Il file con l'elenco degli assistiti sarà inviato all'aggiudicatario nel termine di 30 giorni antecedenti la data di decorrenza del piano sanitario." Si chiede conferma che la copertura in forma diretta decorra dal giorno successivo a quello in cui perviene l'elenco degli Assistiti qualora questa sia successiva al 01/07/2025 o dal 01/07/2025 in caso contrario.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 11 della I Tranche di Chiarimenti.

**48) Domanda**

Si chiede cortese evidenza per ciascuna annualità a partire dal 01/07/2022 fino a quella in corso, sia della platea complessiva che del numero degli assicurati aderenti alla copertura con almeno i seguenti dettagli:

---

Società, parentela (Titolare/Coniuge-Convivente/Figlio), carico fiscale (sì/no), opzione di condivisione dei massimali (sì/no), copertura piano metaSalute (opzione di piano anche per ogni familiare), genere, età. Si chiede altresì evidenza della percentuale di contributo a carico del dipendente, qualora sia prevista, per ciascuna annualità di copertura a partire dal 01/07/2022 fino ad oggi.

**Risposta**

Si vedano le risposte ai quesiti n. 6, 20 e 32.

**49) Domanda**

Relativamente ai componenti del nucleo familiare cui il dipendente abbia esteso la copertura sanitaria, si chiede conferma che sia necessario che i familiari siano stati inseriti volontariamente in copertura anche nei piani sanitari del Fondo metaSalute con lo stesso livello di copertura previsto per i dipendenti ovvero si debba considerare per i familiari una copertura a primo rischio (si richiede lo spaccato numerico dei familiari tra le due tipologie di copertura)

Si chiede infine conferma che, qualora un dipendente intenda estendere ai componenti del nucleo familiare la copertura a fronte del versamento del relativo contributo, sia obbligatorio estenderla a tutti i componenti e per tutti scegliere la medesima opzione relativamente alla condivisione dei massimali.

**Risposta**

Come chiaramente indicato all'art. 16/F, il Piano sanitario opererà con l'applicazione di uno scoperto del 30% (valore soggetto a miglioria in offerta tecnica) per i soggetti non assistiti da metaSalute ma previsti nella definizione di nucleo familiare del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.

Relativamente al secondo quesito, non si conferma. Il dipendente comunicherà al momento dell'iscrizione del familiare non fiscalmente a carico se lo stesso usufruirà di massimali condivisi o di massimali autonomi, come previsto all'art. 6.2.

**50) Domanda**

All'Art. 7 Regolamentazione delle adesioni /variazioni /esclusioni si legge: "Per il neonato, la copertura avrà effetto dalla data del parto purché la comunicazione venga effettuata entro 60 gg dalla nascita, fermo restando che la copertura è in questo caso operante non solo dal momento della nascita ma anche per interventi e terapie sul nascituro." Si chiede conferma di poter sostituire il termine "nascituro" con "feto" e di meglio precisare sia in termini temporali sia di contenuto, quale sia il perimetro di copertura a lui dedicato.

**Risposta**

Si confermano le previsioni del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.

**51) Domanda**

Ai fini di una valutazione puntuale del rischio, si chiede di fornire

- a. quanto più dettaglio disponibile relativamente ai sinistri per ciascuna delle annualità assicurative con evidenza della data di aggiornamento, comprensivo almeno di: garanzia colpita, canale di accesso, prestazione principale del sinistro, numero del sinistro, assicurato colpito (in forma anonima), parentela,

opzione massimali (condivisi/autonomi), importo richiesto, importo liquidato, importo riservato, data di accadimento, data di denuncia, stato del sinistro, struttura che ha erogato la prestazione, provincia del sinistro.

b. le condizioni normative applicate per ciascuna delle annualità assicurative a partire dal 01/07/2022

c. i premi unitari per ciascuna categoria in ciascuna delle annualità assicurativa a partire dal 01/07/2022

#### **Risposta**

Con riferimento ai quesiti posti si specifica:

- a. si veda allegato al presente documento.
- b. si veda risposta al quesito n. 1 della prima tranche di chiarimenti.
- c. si veda risposta al quesito n. 17 della prima tranche di chiarimenti.

#### **52) Domanda**

Relativamente alla sezione 16/A - Area Ricovero si chiede conferma che, anche per le prestazioni ospedaliere, la copertura operi in forma integrativa, previo indennizzo del Fondo metaSalute per le prestazioni ivi previste e dietro presentazione del prospetto liquidativo rilasciato dal fondo.

#### **Risposta**

La copertura opera in forma integrativa solo per le prestazioni di cui agli artt. 16/E e 16/F.

#### **53) Domanda**

Relativamente alla sezione 16/A - Area Ricovero si chiede

- a. conferma che gli Interventi chirurgici sono in copertura anche se effettuati in regime ambulatoriale ed in tal caso si chiede conferma che i limiti nonché il massimale siano i medesimi previsti per il Day surgery
- b. fino a quale età del neonato siano da ritenersi in copertura gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici.

#### **Risposta**

Con riferimento ai quesiti posti si specifica quanto segue:

- a. si confermano le previsioni del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.
- b. non è previsto alcun limite di età.

#### **54) Domanda**

Relativamente alla sezione 16/B Indennità sostitutiva da Ricovero, si legge che qualora le spese sanitarie siano "interamente rimborsate da altri soggetti che erogano prestazioni sanitarie", le stesse "si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità pari a € 100,00 [...]". Si chiede conferma che, qualora un evento ricovero sia indennizzato dalla copertura sanitaria prevista dal piano sanitario metaSalute cui la società ha aderito, sia ugualmente previsto un ulteriore indennizzo di indennità sostitutiva.

#### **Risposta**

Si confermano le previsioni del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto di cui al par 16/B.

**55) Domanda**

Relativamente all'Art 18: con riferimento all'area extraricovero in forma integrativa si richiede conferma che sia sempre necessario il passaggio dell'assistito con Metasalute.

**Risposta**

Non si conferma. Si rimanda a quanto prescritto all'art. 16/F in relazione all'eventualità in cui l'Assistito non si rivolgesse a MetaSalute per le prestazioni previste dal Fondo.

**56) Domanda**

In merito all'allegato denominato "ALLEGATO PRIVACY – SOGEI S.P.A. ", concernente la nomina a Responsabile del trattamento o Titolare del trattamento in caso di aggiudicazione, subordinatamente al ruolo assunto da Sogei nei confronti dell'Amministrazione Cliente, evidenziamo che le compagnie di assicurazione, a seguito specifico provvedimento rilasciato dal garante privacy (<https://www.gpdp.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9172442>), non possono essere nominate responsabili al trattamento in quanto sono titolari autonomi. Pertanto, si chiede di confermare che, in caso di eventuale aggiudicazione, il predetto allegato possa essere modificato ai fini della sola nomina di Titolare del trattamento.

**Risposta**

Si conferma che le compagnie di assicurazione sono Titolari autonomi del trattamento come anche specificato all'art. 27 dello schema di contratto "Capitolato tecnico". Pertanto, si applica la previsione di cui all'art. 1 dell'Allegato privacy ovverosia che lo stesso non trova applicazione nel caso in cui il fornitore esegua il trattamento dei dati in qualità di autonomo Titolare del trattamento.

**57) Domanda**

Siamo cortesemente a chiedere conferma che sia ammessa la partecipazione alla procedura da parte di compagnie di assicurazione in coassicurazione, che metteranno a disposizione una Cassa Sanitaria con le caratteristiche individuate dalla documentazione di gara.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 28.

**58) Domanda**

Si chiede di fornire il capitolato attualmente in corso.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 1 della I Tranche di Chiarimenti.

**59) Domanda**

Si chiede di indicare le differenze tra il capitolato di gara e quello attualmente in corso.

**Risposta**

Si veda risposta ai quesiti n. 1 e n. 40 della I Tranche di Chiarimenti.

**60) Domanda**

Si chiede di indicare il numero di dipendenti non dirigenti, familiari fiscalmente a carico ed i familiari non fiscalmente a carico per le rispettive annualità: 2022, 2023 e 2024.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**61) Domanda**

Si chiede di indicare il corrispettivo pro capite, annuo, lordo per ciascun dipendente non dirigente e per il nucleo familiare fiscalmente a carico, ed il corrispettivo pro capite, annuo, lordo per ciascun familiare non fiscalmente a carico, di Sogei e Consip per le rispettive annualità: 2022, 2023 e 2024.

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 17 della I Tranche di Chiarimenti.

**62) Domanda**

*In riferimento al file ID 2823 - All. 13 Report Sinistri, si chiede di indicare in relazione a ciascuna annualità:*

- a. la data di aggiornamento dei dati
- b. la Compagnia di Assicurazione che gestisce il rischio
- c. di indicare la data di decorrenza della polizza attualmente in corso
- d. se i sinistri sono imputabili sia ai dipendenti non dirigente e nucleo familiare fiscalmente a carico che ai familiari non fiscalmente a carico
- e. di indicare per ciascuna annualità di polizza il premio di competenza.

**Risposta**

Con riferimento al file *ID 2823 - All. 13 Report Sinistri* si specifica quanto segue:

- a. la data di aggiornamento è riportata su ogni foglio del file (Dati aggiornati al 13/03/2025 per Sogei e dati aggiornati al 23/01/2025 per Consip).
- b. La copertura è gestita da MUTUA MBA Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni
- c. La copertura attualmente vigente decorre dal 01/07/2022.
- d. Si veda risposta al quesito n. 6 e all'allegato al presente documento.
- e. Si veda risposta al quesito n. 17 della prima tranche di chiarimenti.

**63) Domanda**

Esiste un nomenclatore e tariffario per l'area ricoveri?

**Risposta**

Non si conferma, in quanto sono inclusi tutti i tipi di interventi e non è inoltre presente un tariffario.

**64) Domanda**

E' possibile conoscere il numero degli assicurati degli ultimi 3 anni e conoscere la loro distribuzione demografica? E' possibile sapere il premio annuale per singolo assicurato?

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6 del presente documento e la risposta al quesito n. 17 della prima tranche di chiarimenti

**65) Domanda**

E' possibile conoscere il numero delle persone che hanno usufruito dell'assistenza sanitaria complementare?

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 6.

**66) Domanda**

*Con riferimento al pf. 4. SOGGETTI AMMESSI IN FORMA SINGOLA E ASSOCIATA E CONDIZIONI DI PARTECIPAZIONE del disciplinare di gara, si chiede conferma che sia consentita la partecipazione nella forma della coassicurazione, ai sensi dell'art. 1911 c.c., con applicazione, per analogia, delle disposizioni relative agli RTI di cui agli articoli 67 e 68 del D. Lgs 36/2023 così come modificati dal D.Lgs n. 209/24 e, quindi, di poter modificare la documentazione amministrativa richiesta adattando le dichiarazioni all'istituto della coassicurazione.*

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 28.

**67) Domanda**

In riferimento al paragrafo 14/G - *Gravi Eventi Morbosi, punto 2) del "Capitolato tecnico\_ schema di contratto"* , si chiede che le prestazioni di cui all'Art 16/A siano comunque da intendersi prestate al massimo fino alla data di scadenza della polizza

**Risposta**

Si veda risposta al quesito n. 10.

*Dott. Guido Gastaldon*

(Responsabile Divisione Sourcing Sanità, Beni e Servizi)