

**PROCEDURA APERTA AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.LGS 36/2023 PER L'AFFIDAMENTO DI UNA COPERTURA ASSICURATIVA FINALIZZATA ALLA PRESTAZIONE DI SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA – ASI, IN FORMA DI CONVENZIONE A FAVORE DEGLI ISCRITTI AGLI ENTI PREVIDENZIALI ASSOCIATI A EMAPI. CIG: A02780933B**

**ERRATA CORRIGE**

Si comunica che le seguenti tabelle riportate nel disciplinare di gara e nel suo Allegato 3 – Modello di offerta tecnica, per mero errore, omettono di precisare la locuzione “non” come di seguito indicato.

m. Con riferimento alla pag. 38 del disciplinare di gara, la tabella relativa all'**elemento di valutazione a) “Garanzia A – Franchigia e scoperto”**, si intende rettificata nei seguenti termini:

Opzioni	Descrizione	Punteggio attribuito
Come da capitolato	Mantenimento dello scoperto del 15% con minimo <b>non</b> indennizzabile di € 800 e massimo di € 4.000	0 punti
Opzione sostitutiva 1	Riduzione dello scoperto del 15% con minimo <b>non</b> indennizzabile di € 500 e massimo di € 3.000	5 punti
Opzione sostitutiva 2	Riduzione dello scoperto del 15% con minimo <b>non</b> indennizzabile di € 300 e massimo di € 2.000	8 punti

2. Con riferimento alla pag. 41 del disciplinare di gara, la tabella relativa all'**elemento di valutazione m) “Garanzia B1 Smart e Garanzia B2 Plus – Franchigia e Scoperto”**, si intende rettificata nei seguenti termini:

Opzioni	Descrizione	Punteggio attribuito
Come da capitolato	Mantenimento dello scoperto del 20% con minimo <b>non</b> indennizzabile di € 1.500 e massimo di € 4.500	0 punti
Opzione sostitutiva 1	Riduzione dello scoperto a 20% con minimo <b>non</b> indennizzabile di € 1.000 e massimo di € 3.000	3 punti

3. Con riferimento al **Modello di offerta tecnica, Allegato 3 al disciplinare di gara**, la tabella relativa all'**elemento di valutazione m) “Garanzia B1 Smart e Garanzia B2 Plus – Franchigia e Scoperto”**, si intende rettificata nei seguenti termini:

<p>m) Garanzia B1 Smart e Garanzia B2 Plus – Franchigia e scoperto</p> <p>Art. 2.1, comma 1, della Sezione Garanzie B1 Smart e Art. 2.1, comma 1, della Sezione Garanzie B2 Plus</p> <p><i>(selezionare una soltanto delle due opzioni disponibili)</i></p> <p><i>(in difetto di espressa indicazione, verrà considerata valida la prima opzione conforme al capitolato)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0. Come da capitolato (0 punti)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Riduzione dello scoperto a 20% con minimo <b>non</b> indennizzabile di € 1.000 e massimo di € 3.000 (3 punti)</p>
--	--

Per i concorrenti che non dovessero depositare in gara il **“Modello 3 Rev”** aggiornato con l'integrazione di cui sopra, a prescindere da quanto riportato nel modello utilizzato, l'opzione 1 si intenderà formulata dal

concorrente sempre nei termini di cui sopra, ovvero “1. Riduzione dello scoperto a 20% con minimo non indennizzabile di € 1.000 e massimo di € 3.000”.

Roma, 22 dicembre 2023

Il RUP  
Demetrio Houlis

## CHIARIMENTI

### RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.1 (E N.2)

#### **Quesito 1**

*Si richiede di conoscere:*

- Assicuratore in corso;
- Premio in corso.

#### **Chiarimento 1**

Con riferimento al quesito si precisa che l'assicuratore in corso è la Società Reale Mutua di Assicurazioni. Per quanto riguarda i premi in corso si rinvia al documento “Riepilogo dati Emapi” già pubblicato, nel quale sono appunto indicate le informazioni richieste.

### RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.3

#### **Quesito 3.1**

*Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, compilare la sezione D del DGUE indicando le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.*

#### **Chiarimento 3.1**

Si conferma

#### **Quesito 3.2**

*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 Chiarimento affermativo, 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.*

#### **Chiarimento 3.2**

Si conferma che l'appalto non è finanziato con i fondi del PNRR, del PNC e del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima 2030 e che nella presente procedura non è richiesto di produrre il rapporto sulla situazione del personale redatto ai sensi dell'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198.

#### **Quesito 3.3**

*Si chiede conferma che per i servizi web (accesso all'Area Riservata e all'App mobile) resi disponibili all'assicurato, sia possibile prevedere, per ragioni di maggiore sicurezza dei dati, un login a doppio fattore di autenticazione; l'accesso, pertanto, avverrà sempre in modalità MFA, ossia con invio di OTP su cellulare (che, insieme ad un indirizzo di e-mail univoca dovrà essere necessariamente registrato dall'assicurato.*

#### **Chiarimento 3.3**

La stazione appaltante è impegnata a garantire elevati livelli di sicurezza per l'accesso ai servizi web da parte degli assicurati utilizzando anche modalità MFA o altre che, nel corso del tempo e a seguito dell'evoluzione tecnologica, si rendano fruibili.

**Quesito 3.4**

*In caso di esercizio della proroga si chiede conferma che i massimali e i premi debbano essere riparametrati alla durata della proroga stessa. Ad esempio, in caso di proroga semestrale i massimali e i premi devono intendersi dimezzati.*

**Chiarimento 3.4**

In caso di esercizio di proroga i massimali si devono intendere rigenerati (quindi interi) e le prestazioni effettuabili una volta l'anno (es. check up o prevenzione dentaria) si devono intendere ripetibili ex novo nel periodo di proroga, anche se effettuate nella precedente annualità assicurativa terminata il 15.04.

**Quesito 3.5**

*Disciplinare di gara – art. 6.3 (Esecuzione negli ultimi tre anni (2021-2022-2023) di un elenco di polizze per l'assistenza sanitaria integrativa (nel "ramo danni 2 – malattia") che abbia generato una raccolta premi lorda di valore complessivo non inferiore a 60 milioni di euro, di cui almeno 3 polizze destinate a non meno di 5.000 assicurati). Si chiede conferma che possa essere sufficiente indicare anche solo 3 polizze, se complessivamente determinano un valore complessivo non inferiore a 60 milioni di euro, e se ciascuna ha non meno di 5000 assicurati.*

**Chiarimento 3.5**

Si conferma

**Quesito 3.6**

*Si chiede conferma che per la comprova dei servizi analoghi di cui all'art. 6.3 del disciplinare di gara "Capacità tecnica e professionale" si possano fornire certificati di polizza firmati dalla Compagnia e del Contraente contenenti l'indicazione dell'oggetto contrattuale, dell'importo dei premi e della data di esecuzione.*

**Chiarimento 3.6**

Si conferma; fermo restando che per le 3 polizze destinate a non meno di 5.000 teste, i certificati di polizza dovranno indicare anche il numero degli assicurati.

**Quesito 3.7**

*Si chiede conferma che sia ammessa anche la coassicurazione, in considerazione del riferimento all'art. 1911 cc contenuto nel Disciplinare di gara, all'art. 4, primo capoverso (Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente). In caso di riscontro affermativo, si chiede conferma che i riferimenti alla mandataria contenuto nell'art. 6.4 del Disciplinare siano da intendersi applicabili anche alla delegataria della coassicurazione.*

**Chiarimento 3.7**

Nella presente procedura non è ammessa la coassicurazione.

**Quesito 3.8**

*Disciplinare di gara – art. 6.3 (Subappalto) – Si chiede conferma che anche il network di strutture convenzionate e i servizi tecnologici possano essere oggetti di subappalto.*

**Chiarimento 3.8**

Si conferma

**Quesito 3.9**

*All'art. 15.1 del Disciplinare di gara è previsto che l'operatore economico deve "essere in grado di fornire, su richiesta di EMAPI e senza indugio, la documentazione di cui all'articolo 91, comma 4, del Codice"; il comma fa riferimento al DGUE, già previsto nella documentazione da produrre. Si chiede conferma se il punto debba essere espunto dalla domanda di partecipazione o, in alternativa, si chiede cortesemente come dover interpretare il passaggio.*

**Chiarimento 3.9**

Il punto non deve essere espunto dalla domanda di partecipazione e deve essere interpretato nel senso che il concorrente si impegna a trasmettere alla S.A. la documentazione a comprova di quanto dichiarato nel DGUE, specialmente laddove non risulti già presente nel FVOE.

**Quesito 3.10**

*In caso di partecipazione plurisoggettiva, si chiede conferma che ogni soggetto dovrà predisporre e firmare la propria domanda di partecipazione e che i riferimenti all'assolvimento degli obblighi in materia di bollo dovranno essere inseriti nel modello della mandataria.*

**Chiarimento 3.10**

Si conferma

**Quesito 3.11**

*Si chiede conferma se sia sufficiente che il requisito di cui all'art. 6.2 – Capacità economica a e finanziaria del disciplinare sia soddisfatto con i fatturati 2021 e 2022 posto che il fatturato 2023 non sarà disponibile fino ad approvazione del bilancio 2023. In caso di Chiarimento affermativa, si chiede, inoltre, conferma che di conseguenza non serva indicare nel DGUE il fatturato 2023 non disponendo, alla data di deposito dell'offerta, di un dato certificato relativo a questo esercizio.*

**Chiarimento 3.11**

Si conferma che il requisito del fatturato globale può essere dichiarato e comprovato anche solo con riferimento al biennio 2021-2022, purché d'importo complessivo non inferiore a 140 milioni di euro. Per quanto riguarda il fatturato del 2023, l'operatore economico potrà provarlo mediante dichiarazione resa, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 47 del d.P.R. n. 445/2000, dal soggetto o organo preposto al controllo contabile della società ove presente (sia esso il Collegio sindacale, il revisore contabile o la società di revisione), attestante la misura (importo) del fatturato dichiarato in sede di partecipazione, ovvero mediante un bilancio del 2023 che sia stato approvato anche successivamente alla data di pubblicazione del bando.

**Quesito 3.12**

*Ai fini della compilazione dell'offerta tecnica, si chiede conferma che la Certificazione del sistema di gestione per la parità di genere di cui all'art. 46-bis del D.Lgs. 11 aprile 2006 n. 198 si intenda posseduta dal concorrente se è stata rilasciata alla Divisione assicurativa di cui lo stesso fa parte.*

### **Chiarimento 3.12**

Ai fini dell'attribuzione del punteggio premiale, la certificazione dovrà risultare rilasciata in favore all'operatore economico concorrente che, in caso di aggiudicazione, verrà chiamato a stipulare la convenzione. Non è quindi sufficiente che la certificazione sia intestata alla Divisione assicurativa di cui il concorrente fa parte.

## **RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 4**

### **Quesito 4.1**

*In caso di partecipazione plurisoggettiva alla gara si chiede conferma che non sia previsto un numero massimo di soggetti componenti.*

### **Chiarimento 4.1**

Si conferma

### **Quesito 4.2**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Convenzione, art.2. Nella parte finale del primo capoverso si legge: "I Certificati avranno durata e decorrenza definite dalla Contraente ferma restando la scadenza uguale a quella della Convenzione". Si chiede se il riferimento alla scadenza uguale alla Convenzione vada letto nel senso che i singoli certificati, una volta emessi, debbano avere la stessa scadenza della Convenzione (quindi sempre aprile 2028), oppure possano avere anche durata inferiore, scadendo prima della Convenzione, potendo essere rinnovati con scadenza massima pari a quella della convenzione.*

### **Chiarimento 4.2**

Si fa presente che i Certificati verranno emessi anno per anno così come è desumibile dalla lettura dell'Art. 4 delle Condizioni Generali di Convenzione; fermo restando che detti Certificati non potranno avere una scadenza "ultima" successiva a quella della Convenzione (quindi oltre aprile 2028).

### **Quesito 4.3**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Convenzione, art. 7.3. Si chiede di precisare a chi vada fornita la documentazione relativa alla presenza di altre coperture a favore di uno o più componenti del nucleo familiare, considerato che, giusta quanto previsto all'art. 10, le adesioni individuali vengono raccolte dall'Associata e trasmesse alla Contraente per il successivo inoltro alla Società. Parrebbe quindi trattarsi di un controllo svolto da Associata e Contraente e non dalla Società.*

### **Chiarimento 4.3**

Si conferma che la raccolta delle adesioni verrà svolta da EMAPI; per quanto riguarda la questione specifica il singolo iscritto al momento dell'estensione della copertura al nucleo dovrà dichiarare (trattasi quindi di autodichiarazione) la presenza di altre coperture a favore di uno o più componenti del nucleo familiare circostanza questa che esonera dall'estensione della copertura per quel familiare beneficiario appunto di altra copertura.

### **Quesito 4.4**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Convenzione, art. 7.6. Non essendo tale articolo richiamato all'art. 10, si chiede di precisare se, anche con riferimento a tale casistica, operi l'art. 10 richiamato – quindi con raccolta della volontà di mantenere la copertura e verifica dei requisiti previsti operata da parte dell'Associata e/o della Contraente – oppure se i soggetti che vogliono aderire alla copertura debbano contattare*

*direttamente la Società per procedere in tal senso. La stessa richiesta vale con riferimento a quanto previsto al seguente 7.7.*

#### **Chiarimento 4.4**

L'adesione dei familiari di iscritti deceduti seguirà le medesime procedure ed i termini previsti per le altre tipologie di adesioni individuali (senza che vi sia, pertanto, un intervento operativo da parte della Società).

#### **Quesito 4.5**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Convenzione, art. 9. 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.*

#### **Chiarimento 4.5**

Fermo restando quanto stabilito dall'Art.9 delle Condizioni Generali di Convenzione, si conferma l'ulteriore interpretazione proposta.

#### **Quesito 4.6**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Convenzione, art. 11. Viene prevista la possibilità che le Associate stipolino con la Società dei Certificati senza soluzione di continuità rispetto alla precedente copertura assicurativa.*

*Si chiede conferma che:*

- a) in tali casi saranno indennizzate dalla Società subentrante le spese mediche sostenute in vigenza della nuova copertura (non prima) anche se riconducibili a infortuni e malattie già accaduti durante la vigenza della precedente copertura;*
- b) quanto indicato al punto precedente non varrà con riferimento alle spese post-ricovero relative a ricoveri avvenuti in vigenza della precedente copertura, che resteranno a carico della Società che gestiva la suddetta precedente copertura;*
- c) resteranno parimenti di competenza della Società che gestiva la precedente copertura eventuali indennizzi da corrispondere al semplice verificarsi di eventi accaduti nel periodo di vigenza della precedente copertura;*
- d) con riferimento a soggetti entrati per la prima volta in copertura tramite adesioni basate sulla nuova Convenzione non opererà alcuna estensione relativa a malattie e infortuni pregressi, i cui indennizzi non saranno pertanto in carico alla Società (questo anche per evitare eventuali atteggiamenti opportunistici di soggetti che decidano di aderire alla copertura per ricevere indennizzi a fronte di infortuni o malattie già noti, facendo venir meno la ratio stessa dell'assicurazione, ossia quella di prendersi il carico il rischio di eventi futuri e incerti).*

#### **Chiarimento 4.6**

Con riferimento ai quesiti posti:

- a) si conferma, con l'ulteriore precisazione che in caso di ricovero effettuato in vigenza della nuova copertura saranno di competenza della Società subentrante anche eventuali spese pre-ricovero;

- b) si conferma;
- c) il quesito non è chiaro, pertanto non ci è possibile fornire un Chiarimento;
- d) in quanto in linea generale la Convenzione ASI ricomprende anche le spese riferite a malattie/infortuni sorte/diagnosticate/accaduti prima dell'ingresso in copertura, salvo eventuali eccezioni specificate nelle singole Garanzie. Pertanto, per il quesito specifico non si può che confermare e rimandare a quanto indicato nel Capitolato.

#### **Quesito 4.7**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Assicurazione, art. 9. Si chiede di precisare quali potrebbero essere i casi di diminuzione del rischio, tali da comportare una riduzione del premio e, specularmente, i casi di aggravamento del rischio di cui all'art. 10.*

#### **Chiarimento 4.7**

Un esempio di diminuzione del rischio potrebbe essere un contributo economico automatico a carico dello Stato riconosciuto alle strutture private qualora erogino un intervento rientrante nei GIC che comporti di una riduzione della spesa a carico dell'iscritto (che questo porterà poi a rimborso, ovvero verrà pagato in forma diretta).

Un esempio di aggravamento del rischio potrebbe essere l'introduzione in campo medico, nel corso della vigenza del contratto, di una innovativa tecnica operatoria per eseguire l'intervento "x" rientrante nei GIC, con costi sensibilmente superiori rispetto a quelli applicati alle modalità operatorie standard, precedentemente conosciute e adottate.

#### **Quesito 4.8**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Assicurazione, art. 14. La scrivente manifesta perplessità in ordine alla prescrizione relativa all'invio delle denunce di sinistro a EMAPI: tramite la stipula della Convenzione è l'impresa di assicurazione ad assumersi il compito della gestione del rischio ed è tenuta a svolgerlo nel rispetto della normativa civilistica e assicurativa.*

*Si pensi ad esempio alla messa a disposizione delle aree riservate web di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018, tramite le quali gli assicurati devono altresì poter richiedere gli indennizzi, allegando copia della documentazione a supporto.*

*Da un punto di vista privacy, inoltre, con particolare riferimento a quanto previsto nella parte finale dell'articolo, relativa alla comunicazione cartacea che la Società dovrebbe inviare a EMAPI in occasione di ogni singolo sinistro gestito e dei dati da riportare all'interno della stessa, si rileva che tali comunicazioni non potranno contenere dati di natura particolare quali, ad es., informazioni sanitarie (patologie, diagnosi, ecc.). Tale impostazione discende dalla qualità di titolare autonomo della compagnia di assicurazioni nell'ambito dell'affidamento di servizi assicurativi. Si richiama a riguardo quanto precisato dal Garante per la protezione dei dati personali nell'ambito del provvedimento Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019: "La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce, quindi, in qualità di autonomo titolare in quanto non pone in essere un trattamento di dati "per conto" dell'ente aggiudicante, circostanza questa che, peraltro, priverebbe la società medesima dell'autonomia necessaria ad una corretta valutazione e liquidazione del danno (spetta infatti a tale società, in base a proprie valutazioni interne, decidere se liquidare direttamente un sinistro senza particolari formalità, ovvero avviare più puntuali verifiche o anche resistere in giudizio). Non vi è dubbio, infatti, che l'ente aggiudicante e la compagnia assicuratrice perseguono interessi separati e distinti, come del resto emerge dalla citata normativa di settore che, nel definire in maniera dettagliata tutti gli aspetti dell'attività assicurativa, individua gli obblighi che ricadono sulle parti contraenti (in tal senso, v. anche artt. 1882 e ss. c.c.). Alla luce di quanto detto, si rappresenta che, nell'ambito considerato, la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena assicurativa, doc. web n. 1410057)".*

#### **Chiarimento 4.8**

Si conferma che ogni procedura di gestione dei sinistri verrà condotta, da EMAPI e dalla Compagnia, nel rispetto della normativa vigente.

#### **Quesito 4.9**

*Capitolato d'oneri, Condizioni generali di Assicurazione, art. 19.2, lett. g). Con riferimento alla presente garanzia, si chiede:*

- *se sia corretto, in caso di aggiudicazione del contratto, precisare (come normalmente fatto in tali polizze) che la garanzia opera solo nei casi in cui il decesso dipenda da una malattia o infortunio indennizzabile ai sensi del contratto;*
- *di precisare il concetto di "malattia improvvisa", in modo da poter perimetrare in maniera più chiara l'operatività della garanzia.*

#### **Chiarimento 4.9**

Con riferimento ai quesiti posti si precisa:

- presupposto per l'attivazione della prestazione in parola è il decesso in conseguenza di infortunio e/o malattia improvvisa; e ciò senza ulteriore riferimento alla Garanzia principale fruita dall'assicurato; pertanto, devono considerarsi indennizzabili tutti gli infortuni e tutte le malattie improvvise.
- Per malattia improvvisa deve intendersi una malattia che ha portato al decesso in poco tempo rispetto a quando si è manifestata per la prima volta, fermo restando che la prima manifestazione deve essere avvenuta prima dell'inizio del soggiorno all'estero dell'assicurato.

#### **Quesito 4.10**

*Capitolato d'oneri, Sezione Garanzie "A", art. 3.1, lett. g). Si chiede se sia corretto, e in caso positivo indicare nelle condizioni di assicurazione, che tra le spese di vitto e pernottamento non rientrino quelle voluttuarie o comunque concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).*

#### **Chiarimento 4.10**

Si conferma, con la precisazione che per spese voluttuarie non possono intendersi televisore ed uso del telefono (escluso il costo delle telefonate in uscita), che rientrano ormai nei servizi normali collegati al pernottamento in strutture sanitarie e che, comunque, ove dovessero venire fatturate con voci separate avrebbero costi davvero poco significativi.

#### **Quesito 4.11**

*Capitolato d'oneri, Sezione Garanzie "B", art. 2.2. 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", 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.*

#### **Chiarimento 4.11**

Non si conferma la interpretazione proposta.



**Quesito 5.1**

*Si chiede conferma che la gravidanza non sia considerata malattia.*

**Chiarimento 5.1.**

Si conferma.

**Quesito 5.2**

*Si chiede conferma che non siano considerati istituti di cura le colonie e gli istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).*

**Chiarimento 5.2**

Non si conferma e si rinvia a quanto indicato nel Capitolato in merito alla definizione degli Istituti di Cura (che possono ricomprendere numerose e diversificate tipologie di istituto pubblico e/o privato).

**Quesito 5.3**

*Si chiede conferma che in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale sia stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi siano da considerare due o più e distinti.*

**Chiarimento 5.3**

Non si conferma; al contrario si chiarisce che in caso di trasferimento senza soluzione di continuità da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, l'evento sia da considerarsi unico.

**Quesito 5.4**

*Si chiede conferma che la permanenza al Pronto Soccorso e in reparto a seguito di intervento ambulatoriale non costituiscano day hospital.*

**Chiarimento 5.4**

Per quanto riguarda la definizione ed l'identificazione dei sinistri interenti i day-hospital si rimanda a quanto indicato nel Capitolato.

**Quesito 5.5**

*Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva sia 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.*

**Chiarimento 5.5**

Non si conferma e si rimanda al Capitolato, nel quale sono specificate le condizioni per il riconoscimento dell'indennità sostitutiva. In ogni caso, si conferma che l'indennità in questione dovrà essere erogata anche in caso di decesso dell'assicurato a favore degli eredi di quest'ultimo.

**Quesito 5.6**

*Art.3.1 e 3.2 del Capitolato. Con riferimento:*

- *al termine di 125 giorni quali spese pre – ricovero in caso di ricovero per grandi interventi chirurgici (e di 100 giorni in caso di ricoveri per gravi eventi morbosi), 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 siano coperte 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, la Compagnia riconosce le spese del Ricovero improprio 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 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;
- 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.

#### **Chiarimento 5.6**

Con riferimento al quesito posto:

- non si conferma; le prestazioni in parola rientrano in copertura a prescindere dal fatto che la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato o meno.
- Non si conferma; si fa presente che gli artt. 3.1 e 3.2 indicano le prestazioni indennizzabili (eseguibili e non eseguibili in regime di ricovero) e che saranno poi rimborsate ai sensi dell'art. 2 (ovvero dell'art. 3.4 qualora venga richiesta l'indennità sostitutiva).
- Non si conferma; la scelta del mezzo di trasporto dell'assicurato spetta a quest'ultimo. Spetta invece alla compagnia la copertura di tali spese.
- Si conferma.

#### **Quesito 5.7**

*Si chiede conferma che l'anticipo possa essere richiesto a fronte di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza previa contestuale presentazione alla Compagnia di certificazione attestante la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero e il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.*

#### **Chiarimento 5.7**

Fermo restando quanto previsto dall'Art. 13 – Anticipi, si fa presente che l'anticipo può essere chiesto anche in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

Per quanto riguarda le ulteriori questioni indicate dalla richiesta, si conferma che:

- l'anticipo può essere riconsociuto solo in caso di sinistro indennizzabile;
- per ottenere l'anticipo è necessario presentare anche il preventivo rilasciato dalla casa di cura e dichiarazione che attesti la data presunta del ricovero stesso.

### **RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 6**

#### **Quesito 6.1**

*A pagina 12 del Capitolato, all'art. 7 – Assicurati, si legge: "Per quanto riguarda gli assicurati indicati dalle lettere a) a b) che precedono, è facoltà della Cassa/Ente richiedere l'attivazione delle coperture previste dalla presente Convenzione "Sezione A" anche a favore di sottogruppi omogenei delle diverse categorie di assicurati [...]". Ai fini di una corretta interpretazione, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di definire cosa si intende per "sottogruppi omogenei delle diverse categorie di assicurati".*

#### **Chiarimento 6.1**

Con riferimento al quesito posto si precisa, così come indicato nel Capitolato, che spetterà ad ogni singola Cassa individuare, tramite proprio regolamento, i sottogruppi e pertanto le condizioni di appartenenza agli stessi (che ovviamente non potranno riguardare caratteristiche fisiche e di genere degli assicurati).

### **Quesito 6.2**

*A pagina 34 del Capitolato, all'Art. 4 – Premio Garanzia A, si legge: “Per le coperture dei dipendenti/consulenti - Art. 7.1 lettera d) ed e) – e le coperture individuali alla “Sezione garanzie A”, il premio dell'iscritto è pari a € ..... (= premio di cui al punto 1 x 2,85); tale previsione non si applica per gli Assicurati che in virtù del sopravvenuto status di pensionato non possano più fruire della adesione in forma collettiva e aderiscano in forma individuale per il quale il premio rimane fissato nella misura indicata al punto 1. Rimangono ferme le quote indicate per il nucleo familiare.”. Si chiede cortese conferma che per “gli Assicurati che in virtù del sopravvenuto status di pensionato non possano più fruire della adesione in forma collettiva e aderiscano in forma individuale” il premio resti fissato nella misura indicata al punto 1 limitatamente all'annualità assicurativa nella quale si verifica il sopravvenuto status di pensionato.*

*Pertanto, si chiede ulteriore conferma che, a partire dall'annualità assicurativa successiva alla variazione di status, tale soggetto sia considerato alla stregua degli assicurati di cui all'art.7.1 lettera b), a condizione che la Cassa/Ente cui appartiene abbia attivato la forma collettiva anche a favore dei propri Pensionati e superstiti oppure, qualora la Cassa/Ente di appartenenza non abbia attivato la forma collettiva anche a favore dei propri Pensionati e superstiti (di cui all'art.7.1 lettera b), tale soggetto debba attivare le garanzie della “Sezione A” a titolo individuale sulla base di quanto disciplinato dall'art.7.2 lettera b) pagando un premio pari al premio di cui al punto 1 x 2,85.*

### **Chiarimento 6.2**

Non si conferma; al contrario si ribadisce che per l'iscritti “ex collettivi”, intesi come “gli Assicurati che in virtù del sopravvenuto status di pensionato non possano più fruire della adesione in forma collettiva e aderiscano in forma individuale”, il premio applicato sarà uguale a quello previsto per l'iscritto in forma collettiva.

### **Quesito 6.3**

*A pagina 13 del Capitolato, all'art. 7.3 si legge: “Le garanzie della “Sezione A” sono inoltre estese, a titolo individuale, ai nuclei familiari interi degli assicurati (di cui all'Art. 7.1 e 7.2).”. Poiché all'art.7.5 si legge: “Nel caso di estensione delle garanzie della “Sezione A” al nucleo familiare, l'ampliamento della copertura ad una delle opzioni previste dalla “Sezione B” dovrà avvenire per tutti i familiari assicurati ai sensi del precedente Art. 7.3; qualora l'onere economico per l'estensione delle suddette garanzie della “Sezione A” anche per i familiari sia a carico della Cassa/Ente di riferimento, l'iscritto potrà attivare [...]”, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di chiarire in quali casi la Cassa/Ente possa attivare per le garanzie della Sezione A la forma collettiva anche per i nuclei familiari degli assicurati (di cui all'Art. 7.1 e 7.2).*

*Si chiede inoltre se i premi di cui al punto 2 dell'art.4 – Premio Garanzia A (pagina 34 del Capitolato) valgano sia nel caso in cui la Cassa/Ente abbia attivato la forma collettiva per i nuclei familiari, e quindi il relativo onere economico sia a carico della Cassa/Ente di riferimento, sia nel caso in cui i familiari attivino a titolo individuale la Sezione A con relativo onere economico a loro carico.*

### **Chiarimento 6.3**

Con riferimento al quesito posto si fa presente che la scelta di farsi carico del premio per la Garanzia A per i familiari del professionista riguarda l'Ente/Cassa di previdenza, pertanto non è possibile per la Stazione appaltante fornire risposta al quesito posto in quanto trattasi di motivazioni in capo ad altri soggetti. E' peraltro possibile fare presente che al momento una delle Casse aderenti ad EMAPI si fa carico del premio della Garanzia A dei familiari dell'iscritto nel caso in cui quest'ultimo abbia alla proprie dipendenze un praticante.

Con riferimento ai premi della Garanzia A per i familiari si fa presente che non vi sono differenziazioni nel caso in cui detti premi siano versati dalla Cassa ovvero dal professionista a titolo individuale.

### **Quesito 6.4**

*All'art. 8 – Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up, di cui a pagina 36 del Capitolato, si legge: “Nel caso in cui per il capo nucleo siano state attivate (a titolo collettivo o individuale come indicato al capoverso che precede) le Garanzie Aggiuntive A.3 - Pacchetto Check Up e A.7 - Ampliamento Elenco Grandi Interventi Chirurgici, la Garanzia Aggiuntiva prevista dal presente articolo si intende applicata in automatico anche ad eventuali familiari per i quali sia stata estesa la Garanzia A (così come previsto dall'Art.7.3 delle Condizioni Generali di Convenzione)”. Poiché al successivo art. 8.1 – Premio per Garanzia Aggiuntiva A.3 - Pacchetto Check Up non è indicato il premio per i familiari sopracitati, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare il relativo premio.*

#### **Chiarimento 6.4**

Come indicato nel Capitolato l'applicazione della Garanzia Aggiuntiva ai familiari del professionista avviene in automatico, senza alcun premio aggiuntivo per i familiari.

#### **Quesito 6.5**

*Con riferimento all'art. 12 – Garanzia Aggiuntiva – A.7 Ampliamento Elenco Grandi Interventi Chirurgici, di cui a pagina 40 del Capitolato, si legge: “Nel caso in cui per il capo nucleo siano state attivate (a titolo collettivo o individuale come indicato al capoverso che prevede) le Garanzie Aggiuntive A.3 - Pacchetto Check Up e A.7 - Ampliamento Elenco Grandi Interventi Chirurgici, la Garanzia Aggiuntiva prevista dal presente articolo si intende applicata in automatico anche ad eventuali familiari per i quali sia stata estesa la Garanzia A (così come previsto dall'Art.7.3 delle Condizioni Generali di Convenzione)”. Poiché al successivo art.12.1 – Premio per Garanzia Aggiuntiva A.7 Ampliamento Elenco Grandi Interventi Chirurgici non è indicato il premio per i familiari sopracitati, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare il relativo premio.*

#### **Chiarimento 6.5**

Come indicato nel Capitolato l'applicazione della Garanzia Aggiuntiva ai familiari del professionista avviene in automatico, senza alcun premio aggiuntivo per i familiari.

#### **Quesito 6.6**

*Con riferimento all'art. 12 – Premio Garanzia aggiuntiva B3, di cui a pagina 60 del Capitolato, si legge: “Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 11 – Garanzia B3, è pari ad € 200,00 per ogni assicurato/nucleo familiare.”. Si chiede cortese conferma che sia previsto un premio pro capite annuo lordo di € 200 per l'iscritto, al quale occorre aggiungere un ulteriore premio annuo lordo pari ad € 200 in caso di estensione della garanzia al relativo nucleo familiare.*

#### **Chiarimento 6.6**

Non si conferma e si ribadisce che il premio per la Garanzia B3 si intende per tutto il nucleo familiare indipendentemente dalla numerosità dei familiari assicurati; quindi, il dipendente singolo è da intendersi nucleo da 1 sola persona.

#### **Quesito 6.7**

*Con riferimento a pagina 30 del Capitolato, si chiede conferma che, trattandosi della Sezione Garanzie “A” GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI, le prestazioni di cui all'art. 3.5 – Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale siano garantite solo nell'ambito dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Elenco I (Allegato I) e dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Elenco II (Allegato II).*

#### **Chiarimento 6.7**

Si conferma

#### **Quesito 6.8**

*Con riferimento all'art. 3.5 - Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale di cui a pagina 30 del Capitolato, si chiede conferma che per l'intervento chirurgico ambulatoriale non sia prevista, mancando, per la natura di tale prestazione, la degenza comportante pernottamento e documentata da cartella clinica, la corresponsione di alcuna indennità sostitutiva anche nel caso in cui l'Assicurato non presenti per tali spese richiesta di rimborso a carico della presente polizza.*

**Chiarimento 6.8**

Si conferma.

**Quesito 6.9**

*Con riferimento all'Art. 8 – Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up, di cui a pagina 36 del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni ivi previste ai punti 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 siano effettuabili dagli aventi diritto una volta l'anno. Pertanto, si chiede ulteriore conferma che nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, venga effettuato il rimborso fino alla concorrenza dell'importo di € 250,00 da intendersi come disponibilità massima per assicurato e per annualità assicurativa.*

**Chiarimento 6.9**

Si conferma.

**Quesito 6.10**

*Con riferimento all'Art. 5 Check Up, di cui a pagina 51 del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni ivi previste ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 siano effettuabili dagli aventi diritto una volta l'anno. Pertanto, si chiede ulteriore conferma che nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, venga effettuato il rimborso fino alla concorrenza dell'importo di € 200,00 da intendersi come disponibilità massima per assicurato e per annualità assicurativa.*

**Chiarimento 6.10**

Si conferma.

**Quesito 6.11**

*Con riferimento all'Art. 5 Check Up, di cui a pagina 58 del Capitolato, si chiede cortese conferma che le prestazioni ivi previste ai punti 1, 2, 3, 4, 5 e 6 siano effettuabili dagli aventi diritto una volta l'anno. Pertanto, si chiede ulteriore conferma che nel caso in cui la prestazione sia resa in strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario non convenzionati con la Società, venga effettuato il rimborso fino alla concorrenza dell'importo di € 250,00 da intendersi come disponibilità massima per assicurato e per annualità assicurativa.*

**Chiarimento 6.11**

Si conferma.

**Quesito 6.12**

*Con riferimento all'art. 4 - Cure per il neonato nel primo mese di vita, a pagina 51 del Capitolato, si legge: "La garanzia è operante a condizione che il neonato venga in ogni caso inserito nella copertura entro il 60° giorno dalla nascita con pagamento del relativo premio.". Si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di indicare il premio pro-capite annuo lordo previsto per il neonato. Si pone la medesima richiesta anche con riferimento all' Art. 9 - Cure per il neonato nel primo mese di vita di cui a pagina 60 del Capitolato.*

### **Chiarimento 6.12**

Con riferimento al quesito posto si conferma che il premio per il neonato è da intendersi quello per 1 familiare (primo familiare se nucleo da due, ivi compreso il professionista; o familiare incrementale se è già stato versato il premio per un nucleo superiore a due persone, sempre ivi compreso il professionista). Il premio verrà poi conteggiato in base alla data di inserimento in copertura del familiare stesso, così come stabilito nel Capitolato.

### **Quesito 6.13**

Con riferimento all'art. 9 – Garanzia Aggiuntiva – A.4 Pacchetto Maternità, di cui a pagina 37 del Capitolato, si legge: *“La presente Garanzia Aggiuntiva è prestata, in alternativa:*

- al professionista assicurato in forma collettiva, se donna;*
- alla coniuge/convivente, se per questa è stata attivata la Garanzia A”*

Poiché all'art. 9.1 – Premio per Garanzia Aggiuntiva A.4 Pacchetto Maternità si legge: *“Il premio aggiuntivo annuo lordo, relativo alla sola garanzia di cui all'Art. 9 – Garanzia Aggiuntiva - A.4 Pacchetto Maternità, è pari a € 14,00 per ogni assicurato (iscritto ad una Cassa o Ente di previdenza che abbia consentito l'adesione collettiva alla Sezione Garanzie A).”*, si chiede conferma che la Cassa/Ente che farà richiesta della presente garanzia aggiuntiva A.4 Pacchetto Maternità pagherà il premio per tutti gli assicurati anche se uomini senza coniuge/convivente donna.

### **Chiarimento 6.13**

Si conferma che l'Ente verserà il premio per tutti i professionisti uomini, single o con coniuge/convivente.

### **Quesito 6.14**

Con riferimento agli artt. 2 Sezione Garanzie A, 2.1 Sezione Garanzie B1 SMART e 2.1 Sezione Garanzie B PLUS si legge rispettivamente: *“scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 800 e massimo di € 4.000”*; *“scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 1.500 e massimo di € 4.500”*; *“scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 1.500 e massimo di € 4.500”*. Si chiede conferma che per “massimo” si intenda massimo non indennizzabile.

### **Chiarimento 6.14**

Si conferma; per miglior lettura a titolo di esempio: *“scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 800 e massimo non indennizzabile di € 4.000”*

### **Quesito 6.15**

Con riferimento all'Elemento a) Garanzia A – Franchigia e scoperto, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: *“Mantenimento dello scoperto del 15% con minimo indennizzabile di € 800 e massimo di € 4.000”*. Si chiede conferma che l'indicazione “minimo indennizzabile” sia un refuso e che la Stazione Appaltante volesse indicare “minimo non indennizzabile”.

Inoltre, al medesimo articolo si legge: *“Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto del 15% con minimo indennizzabile di € 500 e massimo di € 3.000 – Opzione sostitutiva 2: Riduzione dello scoperto del 15% con minimo indennizzabile di € 300 e massimo di € 2.000”*. Si chiede cortese conferma che, scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 15% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 800 ad € 500 e il massimo da € 4.000 ad € 3.000, mentre scegliendo l'opzione sostitutiva 2 si mantenga lo scoperto del 15% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 800 ad € 300 e il massimo da € 4.000 ad € 2.000.

### **Chiarimento 6.15**

Si conferma il refuso e che debba intendersi *“Mantenimento dello scoperto del 15% con minimo NON INDENNIZZABILE di € 800 e massimo NON INDENNIZZABILE di € 4.000”*.

Con riferimento al secondo quesito si conferma che, fermo restando il valore percentuale dello scoperto (15%), ciò che varia nelle opzioni sostitutive sono i valori del minimo non indennizzabile e del massimo non indennizzabile. Vedasi anche "ERRATA CORRIGE".

#### **Quesito 6.16**

Con riferimento all'Elemento m) *Garanzia B1 Smart e Garanzia B2 Plus – Franchigia e Scoperto*, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: "Mantenimento dello scoperto del 20% con minimo indennizzabile di € 1.500 e massimo di € 4.500". Si chiede conferma che l'indicazione "minimo indennizzabile" sia un refuso e che la Stazione Appaltante volesse indicare "minimo non indennizzabile".

Inoltre, al medesimo articolo si legge: "Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto a 20% con minimo indennizzabile di € 1.000 e massimo di € 3.000". Si chiede cortese conferma che scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 1.500 ad € 1.000 e il massimo da € 4.500 ad € 3.000.

#### **Chiarimento 6.16**

Si conferma il refuso e che debba intendersi "Mantenimento dello scoperto del 20% con minimo NON INDENNIZZABILE di € 1.500 e massimo NON INDENNIZZABILE di € 4.500"

Con riferimento al secondo quesito si conferma che, fermo restando il valore percentuale dello scoperto (20%), ciò che varia nelle opzioni sostitutive sono i valori del minimo non indennizzabile e del massimo non indennizzabile. Vedasi anche "ERRATA CORRIGE".

#### **Quesito 6.17**

Con riferimento all'Elemento p) *Garanzia B2 Plus – Extraospedaliere e domiciliari*, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: "Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto al 20% con minimo di € 50". Si chiede cortese conferma che scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riduca il minimo non indennizzabile da € 70 ad € 50.

#### **Chiarimento 6.17**

Si conferma che fermo restando il valore percentuale dello scoperto (20%) ciò che varia nell'opzione sostitutiva è solo il valore del minimo non indennizzabile.

#### **Quesito 6.18**

Con riferimento all'Elemento r) *Garanzia B2 Plus – Extraospedaliere e domiciliari*, all'art. 18.2. METODO DI ATTRIBUZIONE DEL COEFFICIENTE PER IL CALCOLO DEL PUNTEGGIO DELL'OFFERTA TECNICA del Disciplinare, si legge: "Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto al 20% con minimo di € 40". Si chiede cortese conferma che scegliendo l'opzione sostitutiva 1 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riduca il minimo non indennizzabile da € 60 ad € 40.

#### **Chiarimento 6.18**

Si conferma che fermo restando il valore percentuale dello scoperto (20%) ciò che varia nell'opzione sostitutiva è solo il valore del minimo non indennizzabile.

#### **Quesito 6.19**

Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente alla Stazione Appaltante di ricevere le statistiche sinistri aggiornate al 30 novembre 2023.

### **Chiarimento 6.19**

Alla data di pubblicazione del Bando sono stati pubblicati i dati disponibili.

### **Quesito 6.20**

*Ai fini di una corretta valutazione del rischio si chiede cortesemente di fornire le seguenti informazioni:*

- a. quali siano le Casse/Enti aderenti ad EMAPI che hanno attualmente attivato la forma collettiva per le garanzie della Sezione A e il numero di assicurati per ciascuna Cassa/Ente;*
- b. quali siano le Casse/Enti aderenti ad EMAPI che hanno attualmente attivato la forma collettiva per le garanzie previste agli ampliamenti A1, A2 e A3 e il numero di assicurati per ciascuna Cassa/Ente;*
- c. se esistono, quali siano le Casse/Enti che hanno attivato in forma collettiva le coperture smart B1 e plus B2 o aggiuntiva B3 e se le abbiano attivate per i propri dipendenti o per gli iscritti;*
- d. quali siano le Casse/Enti aderenti ad EMAPI che hanno attualmente attivato la forma collettiva per le garanzie della Sezione C e il numero di assicurati per ciascuna Cassa/Ente.*

### **Chiarimento 6.20**

Con riferimento ai quesiti a., b. e d. si ricorda che le Garanzie in forma collettiva sono messe a disposizione di tutte le Casse aderenti ad EMAPI e che le attivazioni possono variare di anno in anno, in coerenza con le norme contrattuali. Per questo motivo non si ritiene necessario fornire i dettagli delle singole adesioni effettuate dalla Casse negli anni (si ricorre peraltro che sono state fornite le numeriche degli iscritti per ciascuna Garanzia) in quanto le quotazioni devono intendersi valide pro futuro e valide per tutte le Casse che potenzialmente potrebbero aderire.

Fermo quanto sopra, per quanto riguarda il quesito c. nessuna Cassa ha attivato le coperture B in forma collettiva per i propri iscritti.

Per quanto riguarda l'attivazione delle opzioni B per i dipendenti, fermo restando la non necessità di fornire i nomi della Casse, si provvede al contempo ad indicare il numero dei dipendenti fruitori in forma collettiva (già inclusi nelle numeriche indicate delle medesime Garanzie indicate nel Riepilogo dati EMAPI):

<b>annualità</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>
2020/21	14	139	117
2021/22	13	144	121
2022/23	17	150	129
2023/24	19	156	138 (dato soggetto a regolazione)

### **Quesito 6.21**

*In relazione all'allegato 5 - Capitolato speciale con relativi allegati - all'art. 14 "Denuncia del sinistro" si legge: "L'Assicurato deve presentare denuncia del sinistro alla Società tramite EMAPI e l'Ente provvederà, secondo le proprie modalità, a trasmettere le denunce alla Società", si chiede cortese conferma che tali modalità potranno essere concordate con la Compagnia aggiudicataria.*

### **Chiarimento 6.21**

Si rinvia a quanto già definito dall'Art. 14.

### **Quesito 6.22**

*In relazione all'allegato 5 - Capitolato speciale con relativi allegati - art. 10 "Termini di decadenza per le adesioni", si chiede conferma che non si preveda l'erogazione di prestazioni in strutture sanitarie convenzionate fintanto che le anagrafiche non saranno trasmesse alla Compagnia, all'interno dei 90 giorni previsti dal capitolato.*

### **Chiarimento 6.22**



Non si conferma e si precisa che nel periodo iniziale di ciascuna annualità EMAPI e la Compagnia concorderanno idonee procedure per permetterla gestione delle prestazioni in forma diretta anche in assenza di una perfetta anagrafica caricata, comunciata e caricata a sistema (ad esempio, tramite richiesta/conferma di regolarità amministrativa da parte della Compagnia che avrà ricevuta una apertura di sinistro da parte dell'assicurato).

## **RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 7**

### **Quesito 7.1**

*Si richiede, per ogni Garanzia riportata nella statistica sinistri fornita, evidenza del numero delle teste con la stessa rappresentazione dei livelli di premio (con evidenza anche delle adesioni volontarie), distinte per annualità.*

### **Chiarimento 7.1**

Con riferimento al quesito posto si rinvia ai dati già forniti e indicati nel "Riepilogo dati EMAPI".

### **Quesito 7.2**

*Con riferimento all'art. 5 Check up del Capitolato tra le prestazioni indicate è presente l'ecodoppler o, in alternativa, ecocolordoppler ma non è indicato il distretto anatomico (TSA, Cardiaco, ecc.), si chiede cortesemente di precisarlo.*

### **Chiarimento 7.2**

Con riferimento al quesito posto si fa presente che ai fini dell'indennizzabilità non interessa il distretto anatomica, infatti la garanzia prevede 1 ecocolordoppler "a scelta" dell'assicurato.

## **RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 8**

### **Quesito 8.1**

*Con riferimento alla domanda di partecipazione redatta secondo il modello All 1, si chiede conferma che, in caso di partecipazione in forma associata ed in considerazione dei contenuti delle dichiarazioni richieste (es Le dichiarazioni in ordine all'insussistenza delle cause automatiche di esclusione di cui all'articolo 94 commi 1 e 2 del Codice) ogni singola compagnia facente parte del raggruppamento debba presentare e sottoscrivere la propria domanda di partecipazione*

### **Chiarimento 8.1**

Si conferma.

### **Quesito 8.2**

*Si chiede di confermare che sia ammessa la modalità di partecipazione in coassicurazione, come previsto dall'art 1911 del codice civile, con conseguente applicazione per analogia della disciplina prevista dal Codice dei Contratti Pubblici per l'RTI, consentendo dunque di modificare la documentazione amministrativa in conformità alla suddetta forma di partecipazione.*

### **Chiarimento 8.2**

Nella presente procedura non è ammessa la coassicurazione.

### **Quesito 8.3**

*Si chiede di confermare che in caso di partecipazione in RTI/ Coassicurazione le quote di partecipazione non debbano essere indicate nella scheda di offerta economica e tecnica.*

### **Chiarimento 8.3**

Fermo restando che nella presente procedura non è ammessa la coassicurazione, le quote di partecipazione all'ATI non devono essere indicate nelle schede di offerta economica e tecnica, bensì solo nei DGUE.

### **Quesito 8.4**

*Con riferimento alla scheda di offerta economica si chiede conferma che, in caso di partecipazione associata, la descrizione delle modalità con le quali l'operatore economico intenda adempiere alle prescrizioni di cui all'articolo 102, comma 1, del Codice debba essere indicata solo dalla Mandataria.*

### **Chiarimento 8.4**

Non si conferma. La descrizione delle modalità con le quali l'operatore economico intende assolvere le prescrizioni di cui all'articolo 102, comma 1, del Codice dovranno essere indicate da ciascun componente dell'ATI, in coerenza con la parte di prestazione che si impegna a eseguire.

## **RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 9**

### **Quesito 9.1**

*Con riferimento al Capitolato d'onori, nelle Definizioni alla voce "Intervento chirurgico ambulatoriale" si legge: "La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni, purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente". Si chiede cortesemente conferma che con il termine "immobilizzazioni" si intenda un impedimento motorio, totale o parziale, di una parte del corpo (arti superiori, inferiori, busto, testa), anche in assenza di fratture ossee, conseguente ad infortunio, che richieda l'applicazione di mezzi non amovibili prescritti dallo specialista ortopedico.*

### **Chiarimento 9.1**

Si conferma con la precisazione che l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni è indennizzabile, ove ne ricorrano i presupposti contrattuali, anche a seguito di malattia quindi non solo di infortunio.

### **Quesito 9.2**

*Relativamente al documento Capitolato d'onori, nella sezione Condizioni Generali di Assicurazione, art.14 Denuncia di sinistro, si richiede conferma che il riferimento alla condivisione della valutazione effettuata richiesta in formato "cartaceo" sia un refuso e sia possibile procedere anche con condivisione telematica della comunicazione.*

### **Chiarimento 9.2**

Non si conferma; rimane ferma la disponibilità di EMAPI di valutare insieme con la Compagnia eventuali modalità alternative ed equipollenti di comunicazione.

### **Quesito 9.3**

*Relativamente al documento Capitolato d'onori, nella sezione GARANZIE "A" Art. 10 – Garanzia Aggiuntiva – A.5 Cure psicoterapiche si richiede conferma che il consulto psicologico possa essere effettuato sia in presenza, sia in modalità video-consulto.*

### **Chiarimento 9.3**

Si conferma, con la precisazione che questa modalità verrà scelta dall'assicurato e dal professionista che erogherà la prestazione.

### **Quesito 9.4**

*Relativamente al documento Capitolato d'oneri, sezione GARANZIE "A" Art.3.7 -Extra Ospedaliere, si chiede conferma che:*

- a) *codesta stazione appaltante abbia inteso estendere le prestazioni in essa indicate - attualmente riferibili esclusivamente agli eventi Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi morbosi - anche agli eventi legati a patologia sospetta o accertata ed infortuni, che non rendano necessario un Grande Intervento Chirurgico o non siano configurabili come Grave evento morboso;*
- b) *diversamente dal piano in corso la garanzia sia fruibile anche dal nucleo familiare e non solo dall'iscritto;*
- c) *siano da intendersi in copertura le sole prestazioni eseguite a scopo diagnostico e non operativo;*
- d) *non siano compresi gli eventuali esami istologici.*

### **Chiarimento 9.4**

Con riferimento al quesito posto:

- a) si precisa che da sempre le prestazioni in parola sono state indennizzate per qualsiasi patologia/infortunio; quindi, mai riferite solo agli eventi Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi morbosi; si è ritenuto oggi di specificare la non limitazione ai Grandi Interventi Chirurgici e ai Gravi eventi morbosi solo per evitare dubbi interpretativi/applicativi di quella che, da sempre, è stata la norma e l'applicazione contrattuale della medesima.
- b) Si conferma.
- c) Si conferma.
- d) Si conferma (tali prestazioni, in caso di endoscopie, saranno indennizzabili come interventi ambulatoriali ove sia ravvisabile un evento riconducibile a Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi morbosi, trattandosi di Garanzia A).

### **Quesito 9.5**

*Relativamente al documento "capitolato di gara", nella sezione GARANZIE "A" - Art. 9 – Garanzia Aggiuntiva – A.4 Pacchetto Maternità, punto c) analisi clinico chimiche da protocollo, si richiede di definire a quale protocollo si faccia riferimento.*

### **Chiarimento 9.5**

Il protocollo di riferimento è composto dagli esami clinici prescritti alle donne per il controllo ed il monitoraggio della gravidanza.

### **Quesito 9.6**

*Con riferimento al Capitolato d'oneri, pagina 36 Art. 8 Garanzia aggiuntiva A.3-Pacchetto Check-up, si chiede conferma che:*

- a) *le prestazioni oggetto di Check Up – benché fruibili nell'arco temporale di massimo 10 giorni consecutivi – debbano essere prenotate in un'unica soluzione.*
- b) *possa essere acquistato esclusivamente in forma collettiva e non anche in forma individuale dai soggetti indicati agli artt. 7.2 7.3 della Sezione Condizioni Generali di Convenzione;*
- c) *sia operante per il solo iscritto in forma Collettiva e non sia fruibile dai componenti del relativo nucleo familiare.*

### **Chiarimento 9.6**

Con riferimento al quesito posto:

- a) non si conferma e si precisa che nel Capitolato non è specificata la necessità di una unica prenotazione (peraltro difficilmente realizzabile qualora le prestazioni vengano effettuate in due distinte strutture sanitarie).
- b) Non si conferma; al contrario nel Capitolato sono ben specificate le condizioni di attivazione in forma individuale della garanzia.
- c) Non si conferma; al contrario nel Capitolato sono ben specificate le condizioni di estensione della garanzia in forma automatica al nucleo familiare.

#### **Quesito 9.7**

*Con riferimento al Capitolato d'oneri, pagina 29, art. 3.2., punto d) si legge: "visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, le terapie mediche/chirurgiche/riabilitative/farmacologiche anche effettuate in regime di ricovero e/o day-hospital (ivi compreso il regime M.A.C), le prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie e di assistenza domiciliare, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza". Si chiede conferma che, a differenza del piano attualmente in corso, sia da ritenersi in copertura anche il regime di ricovero ordinario, day hospital e di MAC.*

#### **Chiarimento 9.7**

Non si conferma e si precisa si è ritenuto opportuno oggi di meglio specificare tutte le possibili modalità di esecuzione delle prestazioni solo per evitare dubbi interpretativi/applicativi di quella che da sempre è stata la norma e l'applicazione contrattuale della medesima.

#### **Quesito 9.8**

*Con riferimento al Capitolato d'oneri, punto 2.3 della garanzia B1-Smart e punto 2.3 della garanzia B2-Plus chiede conferma che a differenza del piano attualmente in corso, si sia inteso ampliare il perimetro della copertura, equiparando il DH al ricovero indipendentemente dalla durata del Day Hospital.*

#### **Chiarimento 9.8**

Si conferma.

#### **Quesito 9.9**

*Nel piano attualmente in corso il pacchetto Check up della garanzia base prevede ecodoppler arti inferiori per le sole donne; si chiede conferma che il pacchetto sia stato ampliato prevedendo ecodoppler o ecocolordoppler sia per uomini che per donne e per qualunque distretto anatomico.*

#### **Chiarimento 9.9**

Si conferma.

#### **Quesito 9.10**

*Si chiede conferma che, a differenza del piano attualmente in corso, nel pacchetto check up della garanzia B2 sia stato ridotto il limite di età da 50 anni a 40 anni per la fruizione delle prestazioni aggiuntive previste per uomini e donne e che per queste ultime l'ecografia mammaria sia fruibile ogni anno invece che due.*

#### **Chiarimento 9.10**

Si conferma.

**Quesito 9.11**

*Si chiede conferma che l'invio della brochure possa avvenire anche in modo telematico per tutti gli iscritti di cui la Cassa abbia indirizzo e-mail.*

**Chiarimento 9.11**

Non si conferma e si rinvia a quanto indicato nel Capitolato.

**Quesito 9.12**

*Si chiede alla stazione appaltante di voler indicare l'elenco completo delle Casse ed Enti che potenzialmente hanno facoltà di aderire alla Convenzione Sanitaria a far data dal 15/04/2024, fornendo i relativi dati necessari ad una corretta valutazione del rischio. Nello specifico si richiedono, per ciascuna Cassa/Ente, informazioni circa la popolazione da assicurare in forma collettiva (numero complessivo, % uomini e donne, età media) e, nel caso gli stessi stiano fruendo di copertura assicurativa, gli andamenti tecnici della copertura in corso, il volume delle prestazioni eseguite in forma diretta ed indiretta.*

**Chiarimento 9.12**

Per quanto riguarda le Casse che potenzialmente potrebbero aderire alla Convenzione EMAPI ci si riferisce a tutte le Casse di Previdenza ed assistenza dei professionisti italiani, sia quelle già aderenti ad EMAPI (ed al riguardo a titolo meramente informativo potete consultare il sito [www.emapi.it](http://www.emapi.it)) sia quelle non (ancora) aderenti ad EMAPI.

Non è possibile fornire l'elencazione nominativa di detta Casse potenzialmente interessate ad aderire alla Convenzione ASI in quanto trattasi o di informazione riservata, quindi non divulgabile a terzi, o di informazione non nota alla Stazione appaltante (magari per il sol fatto che la Cassa non ha ancora comunicato la propria volontà di attivazione della citata Convenzione).

Per quanto riguarda le caratteristiche della popolazione delle suddette Casse, in aggiunta a quanto sopra, trattasi di informazione non in possesso della Stazione Appaltante e pertanto non disponibile.

**Quesito 9.13**

*Si chiede cortesemente conferma che l'attivazione delle coperture in forma diretta possa avvenire sia attraverso canali telefonici che attraverso canali digitali.*

**Chiarimento 9.13**

Non si conferma e si fa presente che la modalità di attivazione delle prestazioni in forma diretta in via telematica può considerarsi in aggiunta a quella obbligatoria attraverso la centrale operativa (quindi con contatto telefonico)

**RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 10****Quesito 10.1**

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

**Chiarimento 10.1**

La documentazione richiesta è già disponibile sul sito di EMAPI al seguente link: [emapi.brochure-GENERALE-2020-2-rev-assemblata.indd](http://emapi.brochure-GENERALE-2020-2-rev-assemblata.indd)

**Quesito 10.2**

*Si chiede di poter indicare la data di aggiornamento dei sinistri.*

**Chiarimento 10.2**

I sinistri pubblicati, così come indicato nei documenti pubblicati sono aggiornati al 30/09/2023.

**Quesito 10.3**

*Si chiede di ricostruire il valore a base d'asta riportato nella tabella 1 di pag. 9 del Disciplinare. In particolare, si chiede: -*

- *quali piani sono stati considerati al fine della determinazione di tale valore su base annua;*
- *il numero di teste per piano considerate per la determinazione di tale valore su base annua.*

**Chiarimento 10.3**

La copertura di Assistenza Sanitaria Integrativa, come stabilito all'Art. 4 del Disciplinare, si riferisce ad una platea composta da iscritti degli Enti associati ad EMAPI che ne abbiano deliberato l'attivazione, o che è stimato ne delibereranno, nel corso di vigenza del contratto, l'attivazione, utilizzando le varie opzioni previste.

Pertanto, con riferimento al quesito posto, si fa presente che l'importo a base d'asta è stato calcolato tenendo presente i possibili fruitori della copertura ASI stimati al 15.04.2024, vale a dire:

- iscritti collettivi (per i quali potranno essere attivate le Garanzie A e le Garanzie Aggiuntive, ovvero la Garanzia C, nelle modalità che ogni Cassa/Ente deciderà)
- iscritti individuali attuali e nuovi (che possano aderire in forma volontaria alle Garanzie loro destinate).

Quanto sopra, poi, riparametrando i dati numerici al valore dei nuovi premi messi a base d'asta e moltiplicati per la durata dell'appalto.

**Quesito 10.4**

*In riferimento alla garanzia A si chiede di ricevere l'indicazione delle teste assicurate nel corso delle ultime tre annualità 2021 2022 2023 con il dettaglio del numero di:*

- *nuclei composti dal solo iscritto · nuclei composti da due persone (iscritto +1 familiare)*
- *nuclei composti da tre persone (iscritto + 2 familiare)*
- *nuclei composti da quattro o più persone (iscritto + 3 familiari)*

**Chiarimento 10.4**

Con riferimento al quesito posto si rimanda ai dati già pubblicati.

**Quesito 10.5**

*In riferimento alla garanzia A si chiede di ricevere il numero delle teste assicurate che nel corso delle ultime tre annualità abbiano corrisposto una maggiorazione di premio come previsto dall'art 4 pag. 34 del Capitolato (coperture dei dipendenti/consulenti - Art. 7.1 lettera d) ed e) – e le coperture individuali alla garanzia A).*

**Chiarimento 10.6**

Con riferimento al quesito posto si rimanda ai dati già pubblicati.

**Quesito 10.6**

*In riferimento alla garanzia A si chiede di ricevere il numero delle teste assicurate (par 7.2 del Capitolato pagg 12 /13) che nel corso delle ultime tre annualità 2021 2022 2023 abbiano aderito in forma individuale.*

**Chiarimento 10.6**

Con riferimento al quesito posto si rimanda ai dati già pubblicati.

## **RICHIESTA DI CHIARIMENTI N. 11**

### **Quesito 11.1**

*Si chiede conferma che la Contraenza del contratto è a carico della Compagnia di assicurazione.*

### **Chiarimento 11.1**

Con riferimento al quesito posto di fa presente che il contratto verrà sottoscritto dalla Società di Assicurazione e da EMAPI

### **Quesito 11.2**

*Si chiede se è ammessa la partecipazione in coassicurazione.*

### **Chiarimento 11.2**

Si rinvia al chiarimento 3.7

### **Quesito 11.3**

*In riferimento all'art. 3.1. DURATA del Disciplinare, si chiede:*

- a. *se, a partire dal 15 aprile 2025, la facoltà di disdetta del contratto è riconosciuta solo ad EMAPI e la Compagnia di assicurazione è vincolata all'accettazione;*
- b. *se, a partire dal 15 aprile 2026, la facoltà di disdetta del contratto è riconosciuta alla Compagnia di assicurazione, con preavviso di 180 giorni.*

### **Chiarimento 11.3**

Con riferimento al quesito posto:

- a) Si conferma, con la precisazione che trattasi di recesso.
- b) Si conferma.

### **Quesito 11.4**

*Vista la complessità, il volume della gara e la mancata informazione circa l'adesione delle Casse e conseguentemente dei relativi andamenti tecnici storici, si chiede una proroga della presentazione dell'offerta di almeno 30 giorni.*

### **Chiarimento 11.4**

Tenuto conto che la procedura di gara è stata pubblicata sulla GUUE (2023/S 225-708863) il 22 novembre 2023 e che il termine di presentazione dell'offerta è stato fissato entro e non oltre le ore 12:00:00 del giorno 10 gennaio 2024 – ben oltre il termine di 30 giorni previsto dall'art. 71, co. 2, del D.Lgs. n. 36/2023 – si ritiene che allo stato attuale non sussistano argomentazioni idonee a giustificare il differimento richiesto.

### **Quesito 11.5**

*In riferimento all'art. 6.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE del Disciplinare ed in particolare del capoverso "la raccolta premi lorda di valore complessivo non inferiore a 60 milioni di euro, di cui almeno 3 polizze destinate a non meno di 5.000 assicurati", si chiede se il volume di 60 milioni di euro dev'essere annuale o nel complesso del triennio.*

### **Chiarimento 11.5**

È sufficiente che il volume complessivo di 60 milioni di euro sia raggiunto nel triennio di riferimento.

**Quesito 11.6**

*In riferimento alla statistica sinistri fornita, si chiede conferma che la data d'aggiornamento dei dati è il 16/10/2023.*

**Chiarimento 11.6**

Non si conferma, la data di aggiornamento è fine settembre, quella di elaborazione è il 16/10/2023.

**Quesito 11.7**

*Si chiede di indicare la decorrenza della polizza relativa alle annualità precedenti dal 2020 ad oggi.*

**Chiarimento 11.7**

La Convenzione ha avuto decorrenza ore 24.00 del 15/04/x alle ore 24.00 del 15/04/dell'anno successivo.

**Quesito 11.8**

*Si chiede di specificare/spiegare perché l'annualità 2020 è composta da soli 8 mesi, che va dal 16/08/2020 al 15/04/2021.*

**Chiarimento 11.8**

La durata del primo periodo del contratto 20/21 è stata ore 24.00 del 15/08/2020 in quanto EMAPI aveva esercitato l'opzione di proroga sulla precedente Convenzione (con RBM Assicurazione Salute) per terminare le procedure di gara e detta proroga è scaduta appunto il 15/08; per questioni poi di opportunità si concordato per la prima annualità dell'attuale Convenzione di adottare una durata di 8 mesi per riallinearsi alla decorrenza/scadenza standard delle singole annualità della Convenzione fissata al 15/04 di ogni anno.

**Quesito 11.9**

*Si chiede se in questo momento EMAPI è in fase di proroga o meno.*

**Chiarimento 11.9**

Alla data odierna, la convenzione sottoscritta con la Società Reale Mutua di Assicurazioni non è in fase di proroga tecnica, in quanto la stessa verrà a scadere il 15 aprile 2024.

**Quesito 11.10**

*In riferimento alla statistica sinistri fornita, si chiede di fornire il medesimo DB per singolo sinistro distinto per anno, decorrenza, scadenza, n. polizza, piano sanitario, garanzia e rete network. Inoltre, si chiede di fornire la medesima statistica sinistri distinta tra adesione individuale e collettiva.*

**Chiarimento 11.10**

Per quanto riguarda il quesito posto si rimanda ai dati sui sinistri già messi a disposizione.

**Quesito 11.11**

*In riferimento alla statistica sinistri fornita, vi sono casi in cui il n. sx è pari a 0 e il n. di prestazioni è maggiore di 0 con relativo importo liquidato o riservato. Si chiede di specificare come mai il n. di sinistro è pari a 0 o di rinviare la statistica corretta.*

**Chiarimento 11.11**



Trattasi di prestazioni accessorie/minori che si riferiscono a eventi da ricovero (pertanto il sistema di gestione ha aperto un unico sinistro in capo all'evento principale).

**Quesito 11.12**

*Si chiede di fornire il Capitolato in corso o di indicare le differenze normative tra il capitolato in corso ed il capitolato di gara.*

**Chiarimento 11.12**

Si rinvia al chiarimento 10.1

**Quesito 11.13**

*Si chiede se le garanzie seguenti:*

- a. A.2 Morte da infortunio*
- b. A.5 Cure psicoterapiche*
- c. A.6 Pacchetto visite oncologiche*
- d. A.7 Ampliamento Elenco GIC*
- e. A.8 Ampliamento prestazioni extra ospedaliere*
- f. C - Indennità a seguito di malattia e infortunio*

*sono presenti nel capitolato in corso oppure sono garanzie introdotte nel capitolato di gara.*

**Chiarimento 11.13**

*Con riferimento al quesito posto si fa presente che la sola Garanzia C è inserita nell'attuale contratto in scadenza il prossimo 15/04; le altre Garanzie, da a) a e), rappresentano delle innovazioni.*

**Quesito 11.14**

*In riferimento all'art. 7 – Garanzia Aggiuntiva – A.2 Morte da infortunio del Capitolato di gara, si chiede conferma che tale garanzia possa essere gestita da una Compagnia autorizzata al ramo 2 malattia.*

**Chiarimento 11.14**

Si conferma.

**Quesito 11.15**

*In riferimento all' Art. 8 – Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up del Capitolato di gara, si chiede qualora l'assicurato estenda la garanzia al nucleo familiare, quale premio pagherà il nucleo.*

**Chiarimento 11.15**

Si rinvia al chiarimento 6.4.

Con riferimento al quesito posto si fa presente che l'estensione ai familiari della Garanzia in parola avviene in automatico; si ricorda peraltro che l'estensione della Garanzia A3 può avvenire solo ove ricorrano le condizioni stabilite nel Capitolato.

**Quesito 11.16**

*In riferimento all' Art. 9 – Garanzia Aggiuntiva – A.4 Pacchetto Maternità del Capitolato di gara, si chiede se, nel caso di colloqui psicologici ed aborto, si applica la franchigia di € 20 qualora le prestazioni vengano effettuate presso strutture non convenzionate.*

**Chiarimento 11.16**

Si conferma.

**Quesito 11.17**

*In riferimento all' Art. 13 – Garanzia Aggiuntiva – A.8 Ampliamento prestazioni extra ospedaliere del Capitolato di gara, si chiede conferma che il massimale della garanzia passa da € 1.000 a € 1.200 e quindi l'assicurato usufruirebbe di € 200 in più di massimale. Inoltre, se l'assicurato acquista il piano A.8, il massimale di € 1.200 è unico sia in rete che fuori rete?*

**Chiarimento 11.17**

Si conferma

**Quesito 11.18**

*Si chiede conferma che la copertura è a adesione volontaria per tutti gli assicurati descritti nell'art. 7.2 del Capitolato di gara.*

**Chiarimento 11.18**

Si conferma

**Quesito 11.19**

*Si chiede di fornire i premi unitari dal 2020 ad oggi, distinto per:*

- a. piano (A, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, B1, B2, B3 e C);*
- b. attivi e pensionati;*
- c. caponucleo, nucleo da due familiari, nucleo da tre familiari, nucleo da tre o più familiari;*
- d. adesione individuale e collettivi.*

**Chiarimento 11.19**

Per quanto riguarda i premi delle Garanzie A, A1, A3 (prima A2), A4 (prima A3) si rimanda al documento "Riepilogo dati EMAPI" nel quale sono indicati i premi in corso. Per quanto riguarda le Garanzie A2, A5, A6, A7, A8 trattasi di Garanzie di nuova introduzione.

**Quesito 11.20**

*Si chiede di fornire i premi di competenza dal 2020 ad oggi, distinto per:*

- a. piano (A, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, B1, B2, B3 e C);*
- b. attivi e pensionati;*
- c. caponucleo, nucleo da due familiari, nucleo da tre familiari, nucleo da tre o più familiari; d. adesione individuale e collettivi.*

**Chiarimento 11.20**

Si rinvia al chiarimento 11.19

**Quesito 11.21**

*Si chiede di fornire le teste sotto rischio che hanno aderito alla Convenzione dal 2020 ad oggi, distinte per:*

- a. piano (A, A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, B1, B2, B3 e C);*
- b. attivi e pensionati;*
- c. caponucleo, nucleo da due familiari, nucleo da tre familiari, nucleo da tre o più familiari.*
- d. adesione individuale e collettivi.*

**Chiarimento 11.21**

Si rimanda al documento "Riepilogo dati EMAPI". Per quanto riguarda le Garanzie A2, A5, A6, A7, A8 si ricorda trattasi di Garanzie che avranno decorrenza dal 15.04/2024 quindi non è possibile fornire uno stato di rischio per il passato.

**Quesito 11.22**

*Si chiede conferma i pensionati possano aderire sia alla Garanzia A che all'estensione della Garanzia A, con i premi indicati nel capitolato di gara.*

**Chiarimento 11.22**

Non si conferma, e si precisa che i pensionati non possono aderire a tutte la Garanzie Aggiuntive. Per quanto riguarda i premi, questi sono indicati tutti nei Capitolato.

**Quesito 11.23**

*Si chiede se anche i pensionati possano aderire al piano B1 SMART e B2 PLUS (in alternativa tra loro). In caso affermativo, si chiede se i premi sono i medesimi sia per gli attivi che per i pensionati.*

**Chiarimento 11.23**

Si conferma la possibilità di adesione dei pensionati alle Garanzie B1 SMART e B2 PLUS e si conferma che i premi relativi alle due citate Garanzie, indicati nel capitolato, si applicano sia ai professionisti attivi sia ai pensionati.

**Quesito 11.24**

*Si chiede se anche i pensionati possano aderire al piano B3 (estensione del solo piano B2 PLUS). In caso affermativo, si chiede se i premi sono i medesimi sia per gli attivi che per i pensionati.*

**Chiarimento 11.24**

La Garanzia B3 è destinata esclusivamente all'adesione collettiva dei dipendenti.

**Quesito 11.25**

*Si chiede se anche i pensionati possano aderire al piano C. In caso affermativo, si chiede se i premi sono i medesimi sia per gli attivi che per i pensionati.*

**Chiarimento 11.25**

Si rimanda all'Art. 7.9 delle Condizioni Generali di Convenzione e si fa presente che il premio indicato per la Garanzia C è unico identico per tutti gli iscritti.

**Quesito 11.26**

*In riferimento all'allegato "Popolazione ASI Popolazione EMAPI", si chiede di evidenziare la distinzione tra attivi e pensionati e i relativi familiari.*

**Chiarimento 11.26**

L'allegato "Popolazione ASI Popolazione EMAPI" si riferisce esclusivamente ai professionisti (non ai familiari); il dato relativo ai soli pensionati non è disponibile, anche in quanto ricordiamo che EMAPI può assistere, in forma collettiva, i pensionati in attività ed in forma individuale i pensionati non in attività.

**Quesito 11.27**

*In riferimento all'Art. 2 – Certificati di applicazione, si chiede se ciascuna Cassa professionale o società possa scegliere di aderire alla Convenzione e lasciare la facoltà di adesione al singolo professionista.*

**Chiarimento 11.27**

Con riferimento al quesito posto si rinvia all'Art. 7.2 lettera a) delle Condizioni Generali di Convenzione.

**Quesito 11.28**

*L'adesione alla Convenzione può avvenire solo ad inizio anno oppure anche in corso d'anno.*

**Chiarimento 11.28**

Il quesito risulta generico e pertanto non è possibile fornire un chiarimento specifico. Per quanto riguarda la decorrenza delle adesioni, peraltro, si suggerisce la lettura degli Artt. 2, 10, 11 delle Condizioni Generali di Convenzione.

**Quesito 11.29**

*Si chiede se si ha già un elenco di Casse professionali che hanno espresso volontà di adesione alla Convenzione.*

**Chiarimento 11.29**

Si rinvia al chiarimento 9.12

**Quesito 11.30**

*Qualora le Casse professionali abbiano già attiva una convenzione, potranno aderire alla Convenzione EMAPI? In caso affermativo, si chiede se la convenzione EMAPI sarà integrativa alla loro convenzione oppure sostitutiva oppure sarà libera dell'assicurato?*

**Chiarimento 11.30**

Fermo quanto previsto dall'Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, nel caso in cui una Cassa mettesse a disposizione dei propri iscritti la Convenzione ASI in aggiunta ad un'altra copertura sanitaria, sarà il singolo professionista a decidere le modalità di utilizzo della copertura.

**Quesito 11.31**

*Si chiede di specificare la differenza tra l'adesione a titolo collettivo e a titolo individuale.*

**Chiarimento 11.31**

Si rimanda al Capitolato (art. 7 delle Condizioni Generali di Convenzione)

**Quesito 11.32**

*Si chiede conferma delle seguenti combinazioni di piani:*

- a. *sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può aderire al piano A*
- b. *sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può aderire al piano A + ESTENSIONE A;*
- c. *sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può al piano A + ESTENSIONE A + B1 SMART;*
- d. *sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può al piano A + ESTENSIONE A + B2 PLUS;*
- e. *sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può al piano A + ESTENSIONE A + B2 PLUS + B3;*
- f. *a titolo individuale, l'assicurato può aderire al piano C, ma non può aderire al piano A + ESTENSIONE A;*
- g. *l'assicurato se aderisce al piano C, non può aderire ai piani B1 SMART, B2 PLUS + B3;*

*Inoltre, si chiede conferma:*

- h. *che i punti a, b, c, d, e possono essere estesi al nucleo familiare.*

i. che il piano C può essere attivato solo dal titolare e non esteso al relativo nucleo familiare.

### **Chiarimento 11.32**

Il quesito risulta poco chiaro tenuto, per esempio, conto che i termini “ESTENSIONE A” (punti da b. a f.) e “estesi” (punto h.) e “non esteso” (punto i.) sono utilizzati per fattispecie differenti.

### **Quesito 11.33**

In riferimento all'allegato “Riepilogo dati EMAPI”, si chiede:

- se i premi unitari lordi sono rimasti invariati dal 2020 ad oggi.
- se i premi unitari lordi A1, A2, A3 sono da aggiungere al premio A collettivo nel caso di adesione collettiva e da aggiungere al premio A individuale nel caso di adesione individuale.
- se i premi annui lordi siano validi anche per il personale in quiescenza;
- se le garanzie aggiuntive A2, A5, A6, A7, A8 non sono attualmente previste nella Convenzione in corso, ma sono state introdotte nel capitolato di gara.
- i premi imponibili e le numerosità relative alla garanzia A delle annualità 2020, 2021, 2023 si riferiscono alla sola adesione in forma collettiva? Sono compresi i premi dei relativi nuclei familiari? sono compresi anche le adesioni in forma individuale?
- qual è la differenza tra le due garanzie A?

### **Chiarimento 11.33**

Con riferimento al quesito posto:

- si conferma che i premi non hanno subito variazioni nel corso dell'attuale Convenzione
- i premi delle Garanzie Aggiuntive sono sempre da sommarsi a quelli della Garanzia A e si precisa che, tra quelle indicate, solo la Garanzia A3 può essere attivata a titolo individuale e nei casi specificamente previsti dal Capitolato
- l'importo specifico dei premi individuali è indicato nel Capitolato
- si conferma trattasi di innovazioni (i premi delle Garanzie citate non sono indicati nel “Riepilogo dati EMAPI”)
- i premi della Garanzia A indicati si riferiscono tutte le tipologie di adesione
- riteniamo ci si riferisca all'annualità 2022-2023 ed al riguardo facciamo presente che vi è stato un refuso (che ha fatto “slittare” le altre Garanzie), il file va pertanto letto:

GARANZIA	PREMI IMPONIBILI	NUMERO ISCRITTI *
A	12.698.476,57	422.222
A1 Grave IP	500.828,49	172.163
A2 Pacchetto Check Up	290.907,47	12.931
A3 Pacchetto Maternità	1.163.952,45	118.516

### **Quesito 11.34**

in riferimento al criterio b) Garanzia A - Indennità sostitutiva - Art. 3.4, comma 3, della Sezione Garanzie A dell'offerta tecnica, si chiede l'innalzamento dell'importo giornaliero è riferito al solo comma 3 del relativo articolo. Inoltre, si chiede di fornire la statistica sinistri distinta tra indennità di € 155 e l'indennità di € 50.

### **Chiarimento 11.34**

Si conferma, e si precisa che il dato richiesto non è disponibile.

**Quesito 12.1**

*Ai fini della partecipazione in raggruppamento temporaneo di imprese, di cui all'art. 68 del Codice degli Appalti, si chiede conferma che, come consuetudine di mercato, la quota minima di partecipazione di ogni partecipante al RTI sia non inferiore al 10% per ogni mandante e non inferiore al 30% per la mandataria, rimanendo fermi i requisiti minimi di partecipazione previsti nel Disciplinare di gara;*

**Chiarimento 12.1**

In linea con le previsioni di cui all'art. 68 del D.Lgs. 36/2023, non sono previste quote minime di esecuzione.

**Quesito 12.2**

*Come è noto, negli appalti di servizi assicurativi viene usualmente prevista la possibilità di partecipazione in coassicurazione quale alternativa al Raggruppamento Temporaneo di Imprese, fermo il vincolo di solidarietà fra i soggetti partecipanti alla Coassicurazione. A tal riguardo, si chiede conferma che anche per l'appalto in oggetto sia prevista tale facoltà;*

**Chiarimento 12.2**

Nella presente procedura non è ammessa la coassicurazione.

**Quesito 12.3**

*Atteso che al § 6.2 del Disciplinare di gara la comprova del requisito è testualmente fornita mediante bilanci, o estratti di essi, approvati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle offerte corredati della nota integrativa, si chiede conferma che il triennio di riferimento sia il 2020-2021-2022, posto che alla predetta scadenza il bilancio relativo all'esercizio 2023 potrebbe non essere approvato;*

**Chiarimento 12.3**

Il triennio di riferimento è quello indicato negli atti di gara: 2021-2022-2023. Per la comprova del fatturato maturato nel 2023 si rinvia al chiarimento n. 3.11

**Quesito 12.4**

*Con riferimento a quanto indicato nel Capitolato speciale all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Denuncia del sinistro), si chiede conferma che la comunicazione che illustra l'esito della valutazione effettuata possa essere pubblicata in area riservata dell'Assicurato e in area riservata per la gestione dei sinistri EMAPI.*

**Chiarimento 12.4**

Si rimanda al chiarimento 9.2.