

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: CIG B2740076A1

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.1

Quesito 1

Spett.le Stazione Appaltante,

All'art.11 "Adesioni ed inclusioni", a pagina 14 del Capitolato, si legge: "L'adesione alla presente Convezione di ulteriori Enti o Casse è subordinata ad una valutazione di EMAPI finalizzata all'individuazione delle soluzioni che consentano il mantenimento dell'equilibrio tecnico del presente contratto di assicurazione, anche attraverso l'adozione di adeguati correttivi". Poiché EMAPI ha evidenziato nella precedente gara che l'equilibrio dell'andamento tecnico della copertura rappresenta l'indispensabile presupposto per una corretta applicazione del principio di mutualità tra gli associati e che è interesse di Emapi stessa garantire il mantenimento del predetto equilibrio a tutela sia degli Enti associati che della regolare esecuzione del contratto sino alla sua fisiologica scadenza, si chiede di confermare quanto già chiarito nella precedente gara, ovvero che:

- Qualora una nuova Cassa manifesti l'intenzione di aderire al programma assicurativo EMAPI - sulla base di dati obiettivi derivati dall'andamento tecnico della Cassa o Ente richiedente - effettuerà le proprie valutazioni con la collaborazione della Compagnia di Assicurazione e tenendo conto delle specifiche valutazioni di quest'ultima.
- Nel caso in cui l'adesione di una nuova Cassa, alla luce delle suddette valutazioni, possa determinare uno squilibrio tecnico del programma assicurativo, l'attivazione della copertura sanitaria potrà essere subordinata all'individuazione di adeguati correttivi quali, a titolo di esempio: il divieto di attivare determinate Garanzie Aggiuntive (qualora l'attivazione da parte della nuova Cassa/Ente possa prevedere un andamento tecnico non in equilibrio) ovvero il subordinare l'adesione della nuova Cassa all'attivazione di determinate Garanzie Aggiuntive (che possano bilanciare il rischio di andamenti tecnici non in equilibrio per altre Garanzie attivate dalla nuova Cassa).

Tali misure, in ogni caso, verranno analizzate preventivamente con la Compagnia di assicurazione sulla base di dati obiettivi derivati dall'andamento tecnico della Cassa o Ente richiedente.

Chiarimento 1

Si conferma, e si chiarisce nuovamente che l'adesione di nuovi Enti e/o Casse, così come indicato nel Capitolato, sarà subordinata ad una approfondita analisi che EMAPI condurrà, sulla base di dati obiettivi derivati dall'andamento tecnico della Cassa o Ente richiedente, con la collaborazione e le valutazioni della Compagnia di Assicurazione e del proprio broker.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.2

Quesito 2

Spettabile Stazione Appaltante,

in riferimento al requisito di partecipazione sub art. 6.3 del disciplinare di gara, si chiede di confermare che, in caso di partecipazione in costituendo raggruppamento temporaneo di imprese, il requisito dei servizi analoghi possa essere soddisfatto integralmente dalla mandataria, in linea con la previsione dell'art. 6.4. secondo cui le polizze per l'assistenza sanitaria integrativa (nel "ramo danni 2 – malattia") con una raccolta premi lorda di valore complessivo non inferiore a 68 milioni di euro devono essere comprovate dall'ATI nel complesso.

Chiarimento 2

Con riferimento al quesito posto, si conferma che, il requisito di partecipazione di cui all'art. 6.3 del disciplinare di gara, in caso di RTI, sarà soddisfatto anche qualora le 3 polizze destinate a non meno di 5.000 assicurati saranno tutte in capo alla sola mandataria (che le dovrà aver sottoscritte in qualità di delegataria).

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.3

Quesito 1

Si richiede di indicare il numero di chiamate gestite nel corso delle ultime due annualità e una proiezione di quelle attese per la gestione a far data dal 15 Ottobre 2024.

Chiarimento 1

L'informazione non è a disposizione della Stazione Appaltante (ricordiamo infatti che nell'attuale polizza il servizio di assistenza telefonica così come quello di attivazione delle dirette è affidato a Reale Mutua/Blue Assistance).

Quesito 2

In riferimento all'art 14 del capitolato speciale di gara, si chiede conferma se oltre alla messa a disposizione da parte della Compagnia di una centrale Operativa per la richiesta di prestazioni in forma diretta, sia possibile prevedere anche la messa a disposizione di un portale web per la denuncia dei sinistri in "forma diretta" da parte degli assicurati. Se confermata possibilità di predisposizione di un portale web, si chiede conferma che possa essere prevista una federazione tra i sistemi dell'Ente e della Compagnia/Provider attraverso i protocolli SAML 2.0 or Oauth. In alternativa si chiede conferma sulla possibilità di una doppia autenticazione prima sul sistema dell'Ente e successivamente su quello della Compagnia/Provider.

Chiarimento 2

Per quanto riguarda il primo capoverso del quesito, si conferma con l'ulteriore precisazione 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); si ritiene opportuno precisare inoltre che l'adozione della modalità (aggiuntiva) telematica sarà comunque subordinata all'accettazione di EMAPI successiva ad una valutazione del servizio offerto.

Per quanto riguarda il secondo capoverso del quesito, trattandosi di procedura di gestione, la stessa - purché compatibile con le modalità di trasmissione dei dati indicate all'Art.8 del Capitolato - sarà verificata in sede di attuazione del contratto.

Quesito 3

In relazione all'allegato 5 - Capitolato speciale con relativi allegati - art. 10 "Termini di decadenza per le adesioni", si chiede conferma che la trasmissione delle anagrafiche avverrà, in concomitanza con la partenza della gestione, massivamente in blocco e che, eventuali, aggiornamenti successivi verranno condivisi tra le parti. Si richiede inoltre conferma che, per le posizioni non trasmesse alla partenza della gestione, sarà possibile procedere a un confronto con l'Ente al fine di verificare la reale copertura.

Chiarimento 3

Per quanto riguarda i termini per la trasmissione delle anagrafiche, si rimanda a quanto specificato nel Capitolato; in ogni caso si fa presente che, anche nelle precedenti gestioni della Convenzione ASI, EMAPI ha sempre concordato con le Compagnie di Assicurazioni valide ed efficaci procedure per la gestione della copertura nei periodi di tempo (solitamente inizio dell'annualità assicurativa) durante i quali le anagrafiche non erano a disposizione ovvero non erano complete.

Quesito 4

Nel Capitolato d'oneri, Art. 14, pag. 22, si legge che "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 richiede di indicare se l'inoltro della denuncia a rimborso, verso il Provider, avverrà tramite mail

dedicata. Se no, si richiede di indicare se l'inoltro della denuncia a rimborso, verso il Provider, avverrà tramite l'utilizzo di un portale dedicato messo a disposizione dal Provider verso l'Ente. Se no, si richiede di indicare se l'inoltro della denuncia a rimborso, verso il Provider, avverrà tramite l'utilizzo di webservices messi a disposizione del Provider verso l'Ente.

Chiarimento 4

I dettagli delle procedure di gestione verranno analizzati e definiti in sede di attuazione del contratto tenuto conto che EMAPI utilizza un proprio applicativo anche per la gestione delle richieste di rimborso da parte degli iscritti.

Quesito 5

Nel Capitolato d'oneri, Art. 14, pag. 22, si legge che *"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 richiede di fornire indicazioni circa la modalità di trasmissione della documentazione, qualora l'Assicurato presenti denuncia del sinistro utilizzando il canale di posta tradizionale con invio di documentazione cartacea; in tale circostanza si richiede di specificare se la documentazione verrà trasmessa al Provider in formato cartaceo o digitale.

Chiarimento 5

Fermo quanto indicato nel chiarimento 3.4 si fa presente che, qualora EMAPI dovesse ricevere pratiche in formato cartaceo queste verranno prima dematerializzate per poi essere inviate alla Compagnia.

Quesito 6

Con riferimento al Capitolato d'oneri, 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 6

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 7

In riferimento a quanto contenuto all'art 7 del capitolato d'oneri (Forma delle comunicazioni), si chiede di indicare a quali forme di comunicazione si faccia riferimento

Chiarimento 7

Si conferma quanto indicato nel Capitolato, con la precisazione che una modalità di comunicazione più semplice ed agevolata (ad esempio via *"semplice"* mail) potrà essere adottata per le comunicazioni aventi ad oggetto la gestione ordinaria; l'indicazione di queste comunicazioni sarà fornita da EMAPI nell'ambito della definizione delle procedure di gestione definite in sede di attuazione del contratto.

Quesito 8

Nel Capitolato d'oneri, Art. 8, p.to V), pag. 20, si richiede di trasmettere mensilmente i sinistri gestiti "suddivisi in base alle tipologie di garanzia e singola tipologia di prestazione e singola sotto prestazione medica e sanitaria", si richiede di dettagliare, anche con esempi, che cosa si intenda per singola sotto prestazione medica e sanitaria.

Chiarimento 8

Con riferimento al quesito posto si precisa a titolo di esempio: Garanzia A, prestazione Extra ospedaliera, sotto prestazione MOC

Quesito 9

In riferimento all'art 14 del capitolato speciale di gara, relativamente alla trasmissione da parte dell'Ente della denuncia del sinistro, si richiede di indicare se la data di denuncia del sinistro sia quella riferita alla denuncia dello stesso da parte dell'assicurato all'Ente, oppure quella di trasmissione del sinistro al Provider.

Chiarimento 9

Con riferimento al quesito posto si fa presente che ai sensi dell'art. 14 citato è ininfluenza considerare la data del sinistro quella di presentazione della pratica ad EMAPI ovvero di trasmissione al Provider.

Quesito 10

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, 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 10

Con riferimento al quesito posto si precisa che la trasmissione delle comunicazioni ad EMAPI potrà avvenire in formato digitale in base alle procedure di gestione i cui dettagli verranno analizzati e definiti in sede di attuazione del contratto

Quesito 11

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, nella sezione Condizioni Generali di Assicurazione, art.15 - Oneri dell'Assicurato e modalità di erogazione delle prestazioni – sezione a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società", qualora si rendesse necessaria richiesta di "documentazione integrativa", si richiede conferma che i termini temporali indicati decorrano nuovamente alla ricezione della documentazione completa.

Chiarimento 11

Si conferma, fermo restando che trattandosi di pratiche che già hanno avuto una lavorazione/gestione ancorché non completa, debbano essere gestite con priorità non appena ricevuta la documentazione supplementare.

Quesito 12

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, nella sezione Condizioni Generali di Assicurazione, art.15 - Oneri dell'Assicurato e modalità di erogazione delle prestazioni – sezione b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", si richiede conferma che in caso di utilizzo

di strutture sanitarie convenzionate con la società ma senza richiesta di autorizzazione preventiva da parte dell'assicurato, le regole per la liquidazione del sinistro saranno quelle relative alla suindicata sezione b).

Chiarimento 12

Si conferma, con la precisazione che qualora questa modalità di fruizione delle prestazioni sia dovuta ad un ritardo/errore della Compagnia nella concessione della presa in carico della prestazione in forma diretta correttamente presentata dall'iscritto, così come in caso di impossibilità obiettiva nella concessione della presa in carico (es: Garanzia A, intervento per tumore la cui natura maligna/benigna potrà avvenire solo dopo l'esame biopsico successivo all'intervento per il quale la diretta è richiesta), anche in sede di rimborso dovranno essere applicate le regole di indennizzo più favorevoli all'iscritto (vale a dire quelle previste in caso di prestazioni in forma diretta).

Quesito 13

Con riferimento al Capitolato d'onori, nelle Definizioni alla voce "Day Hospital" si chiede conferma che si possa intendere Day hospital sia con sia senza intervento chirurgico; si richiede altresì che possa essere considerato day hospital anche il mac.

Chiarimento 13

Con riferimento al quesito posto si conferma che la definizione in parola è applicabile al Day hospital con intervento chirurgico ed a quello senza intervento chirurgico; per quanto riguarda il MAC si conferma che questo è equiparabile, a tutti gli effetti, a un Day hospital.

Quesito 14

Relativamente al documento Capitolato d'onori, nella sezione Condizioni Generali di Assicurazione, art.15 - Oneri dell'Assicurato e modalità di erogazione delle prestazioni – sezione b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", si indica " *Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.*", si prega di dettagliare meglio quali siano le prestazioni a cui si fa riferimento e si richiede di riformulare la richiesta rendendola maggiormente parlante.

Chiarimento 14

Nel confermare quanto indicato nella norma citata, si fa presente che i contributi previsti dal SSN per prestazioni all'estero sono variabili nel tempo; in linea generale e solo esemplificativa trattasi di prestazioni collegate ad interventi di elevata specializzazione o collegati a specifiche patologie.

Quesito 15

Con riferimento al Capitolato d'Onori Art. 14 "Denuncia e gestione 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 conferma che codesta attività non prevede alcun costo aggiuntivo a carico della Compagnia, oltre a quelli esplicitati nel Capitolato.

Chiarimento 15

Si conferma che il costo di trasmissione dei sinistri da EMAPI alla Compagnia non sarà a carico di quest'ultima.

Quesito 16

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, 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 16

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

Quesito 17

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

1. 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;
2. diversamente dal piano in corso la garanzia sia fruibile anche dal nucleo familiare e non solo dall'iscritto;
3. siano da intendersi in copertura le sole prestazioni eseguite a scopo diagnostico e non operativo;
4. non siano compresi gli eventuali esami istologici.

Chiarimento 17

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) Non si conferma e si rinvia a quanto indicato nel Capitolato.
- d) Si conferma e si rinvia per maggiori precisazioni a quanto indicato nel capitolato.

Quesito 18

Relativamente al documento "Capitolato d'Oneri", 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 18

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

Quesito 19

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

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

Chiarimento 19

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) si conferma;
- c) si conferma.

Quesito 20

Con riferimento al Capitolato d'oneri, pag. 30 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 20

Non si conferma e si precisa che 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 21

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 21

Si conferma

Quesito 22

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 22

Si conferma

Quesito 23

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 23

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

Quesito 24

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

Chiarimento 24

Non si conferma e si rinvia al chiarimento 3.2

Quesito 25

Con riferimento al Capitolato d'Oneri Art. 6 "Clausola Broker" si chiede conferma che il riconoscimento della provvigione sarà pari al 5% dei premi imponibili incassati.

Chiarimento 25

Si conferma

Quesito 26

Nel Capitolato d'oneri, Art. 11 "Adesioni ed inclusioni" al primo paragrafo si legge

"Adesioni di nuovi Enti o Casse in generale"

L'adesione alla presente Convezione di ulteriori Enti o Casse è subordinata ad una valutazione di EMAPI finalizzata all'individuazione delle soluzioni che consentano il mantenimento dell'equilibrio tecnico del presente contratto di assicurazione, anche attraverso l'adozione di adeguati correttivi."

Si richiede conferma che la definizione di eventuali correttivi e delle soluzioni destinate ad Enti o Casse che intendano aderire alla Convenzione ASI, avvenga in accordo con l'Assicuratore sulla base del risultato tecnico della Convenzione medesima, nonché delle peculiarità di ciascuna nuova popolazione da assicurare e che l'adesione di ulteriori Enti o Casse avvenga con il consenso dell'Assicuratore.

Chiarimento 26

Si ritiene opportuno precisare che EMAPI nell'ambito delle proprie valutazioni, realizzate sulla base di dati obiettivi derivati dall'andamento tecnico della Cassa o Ente richiedente, acquisirà la collaborazione e le specifiche valutazioni della Compagnia di Assicurazione e del proprio broker. Si sottolinea a tale proposito che l'equilibrio dell'andamento tecnico della copertura rappresenta per EMAPI l'indispensabile presupposto per una corretta applicazione del principio di mutualità tra gli associati.

Quesito 27

Con riferimento all'Art. 19.3 – *Diagnosi comparativa* si chiede conferma che l'ultima voce presente nell'elenco delle patologie "- Sindrome <" sia frutto di mero refuso e il suddetto elenco debba intendersi concluso all'alinea "Rettocolite ulcerosa"

Chiarimento 27

Non si conferma e si precisa che l'elenco di cui all'art. 19.3 deve intendersi integrato all'ultima allinea con la Sindrome di Guillan Barrè.

Quesito 1

Con riferimento al file riepilogo sinistri Emapi, si chiede quale tra il numero sinistri e il numero prestazioni bisogna considerare per il calcolo dei costi medi e delle frequenze, non essendo chiara la distinzione tra le due voci.

Chiarimento 1

Con riferimento al quesito posto, si fa presente che in fondo ad ogni riepilogo è indicato cosa si intenda per sinistro e cosa per prestazione; ricordiamo inoltre che i suddetti file sono elaborati dalla Compagnia/Service da questa incaricato sulla base di dette definizioni.

Premesso quanto sopra non è possibile rispondere al quesito posto in quanto la modalità di analisi dei dati ai fini dell'elaborazione di una eventuale offerta, è di esclusiva competenza di ciascun concorrente che, sulla base delle proprie scelte tecniche, potrà studiare e fare valutazioni su costi medi e frequenze o riferiti alle prestazioni o riferiti ai sinistri.

Quesito 2

Nell'Allegato II al capitolato è riportato *"Inoltre, limitatamente al solo caponucleo, sono altresì previsti i seguenti Gravi Eventi Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%".* All'interno dell'offerta tecnica si chiede di valutare la rimozione di tale capoverso. A tal proposito si chiede se l'eliminazione equivale ad ampliare le patologie indicate anche agli altri componenti del nucleo familiare.

Chiarimento 2

Si conferma.

Quesito 3

Nel file riepilogo dati, è riportato che *"i premi 2023/24 sono al netto delle regolazioni che sono in via di definizione e ammonterebbero a circa 800.000,00 euro"*. Si chiede di confermare che bisogna considerarla come regolazione positiva da aggiungere al totale premi 2023/24 e, se disponibile, si chiede a quale piano fanno principalmente riferimento tali regolazioni.

Chiarimento 3

Si precisa che, tenuto conto dei conteggi relativi alle regolazioni premi dell'annualità 2023/2024 effettuati da EMAPI e relativi alle adesioni in forma collettiva (conteggi che verranno inviati alla Compagnia di Assicurazione per le opportune verifiche), le regolazioni in positivo per detta annualità ammontano a circa 1.200.000,00 euro. Sono stati altresì acquisiti maggiori dettagli riguardo al conteggio dei premi relativi al periodo di proroga. Pertanto, si procede a pubblicare nell'apposita sezione della piattaforma telematica il riepilogo dati aggiornato.

Roma, 30 luglio 2024

Il R.U.P.
dott. Demetrio Houlis