

Gara europea a procedura aperta tramite piattaforma telematica per l'affidamento dell'appalto dei servizi assicurativi dell'Università degli Studi Roma Tre, relativi al "Rimborso spese mediche"

(CIG A0233912AB)

RISPOSTE ALLE RICHIESTE DI CHIARIMENTI E DOMANDE FREQUENTI O DI INTERESSE GENERALE

(Ultimo aggiornamento: 06 dicembre 2023)

Quesito 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.

Risposta 1

Si conferma che non deve essere presentato il DGUE del subappaltatore e/o altra documentazione relativa a quest'ultimo. In questa fase si deve solo compilare, in caso di ricorso al subappalto, la sezione D del DGUE indicando le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

Quesito 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 risposta affermativa, si chiede conferma che non debba essere prodotto dal concorrente il rapporto sulla situazione del personale redatto ai sensi dell'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2003, n. 198.

Risposta 2

Si conferma che la presente procedura non rientra tra quelle finanziate con i fondi del PNRR, del PNC e del Piano nazionale integrato per l'energia e il clima 2030.

Quesito 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).

Risposta 3

Si conferma che per i servizi web (accesso all'Area Riservata e all'App mobile) resi disponibili all'assicurato, è possibile prevedere, per ragioni di maggiore sicurezza dei dati, un login a doppio fattore di autenticazione; l'accesso, pertanto, potrà 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).

Quesito 4

In caso di esercizio della proroga tecnica (art 120, comma 11, del D.lgs. n. 36 del 2023) ossia necessaria per l'individuazione di un nuovo contraente, 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.

Risposta 4

In caso di esercizio della proroga tecnica (art 120, comma 11, del D.lgs. n. 36 del 2023) ossia necessaria per l'individuazione di un nuovo contraente, i premi dovranno essere calcolati pro rata, mentre i massimali devono rimanere pieni anche per il periodo di proroga.

Quesito 5

Si chiede conferma che per la comprova del requisito di cui al punto 6.2 lett. c) del disciplinare si possano fornire i bilanci in cui sia indicata la raccolta premi nel Ramo Malattia.

Risposta 5

Si conferma che per la comprova del requisito di cui al punto 6.2 lett. c) del disciplinare di gara possono essere prodotti i bilanci relativi alle annualità 2020-2021-2022, purché da essi si evinca chiaramente l'ammontare della raccolta premi riferiti al ramo "Malattia".

Quesito 6

Si chiede conferma che per la comprova dei servizi analoghi di cui al punto 6.3 lett. d) 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.

Risposta 6

Si conferma che per la comprova dei servizi analoghi di cui al punto 6.3 lett. d) del disciplinare di gara "Capacità tecnica e professionale" si possono fornire i certificati di polizza firmati dalla Compagnia e dal Contraente contenenti l'indicazione dell'oggetto contrattuale, dell'importo dei premi e della data di esecuzione.

Quesito 7

Con riferimento al punto 7 del disciplinare di gara, si chiede conferma che, qualora l'operatore economico concorrente faccia ricorso ad avvalimento per il requisito della centrale operativa ad una società di servizi (e non ad altra Compagnia di assicurazione), l'ausiliaria debba possedere come requisito di idoneità solo l'iscrizione al registro imprese per l'attività coerenti con quelle fornite in ausilio (punto 6.1 lett. a) del

disciplinare) ma non anche il possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa (punto 6.1 lett b) del disciplinare).

Risposta 7

Si conferma che, con riferimento al punto 7 del disciplinare di gara, qualora l'operatore economico concorrente faccia ricorso ad avvalimento per il requisito della centrale operativa ad una società di servizi (e non ad altra Compagnia di assicurazione), l'ausiliaria debba possedere come requisito di idoneità solo l'iscrizione al registro imprese per l'attività coerenti con quelle fornite in ausilio (punto 6.1 lett. a) del disciplinare) ma non anche il possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa (punto 6.1 lett b) del disciplinare).

Quesito 8

Si chiede conferma che sia ammesso il subappalto per le seguenti attività:

- gestione amministrativa dei sinistri, ad eccezione dei sinistri complessi, e customer care (compreso l'utilizzo della rete di strutture sanitarie e/o di professionisti convenzionati e la Centrale Operativa);
- gestione del portafoglio polizze (emissione, quietanzamento, caricamento anagrafiche e relative elaborazioni);
- gestione servizi tecnologici

Risposta 8

Si conferma che è ammesso il subappalto per le attività sopra elencate.

Quesito 9

Si chiede conferma che i 25 giorni per la liquidazione indicati all'art. 19 dello Schema di polizza (pag. 17 primo capoverso) siano lavorativi.

Risposta 9

I 25 giorni per la liquidazione indicati all'art. 19 dello Schema di polizza (pag. 17 primo capoverso) sono da intendersi giorni di calendario.

Quesito 10

Si chiede conferma che le 48 ore per il rilascio dell'autorizzazione alla prestazione in forma diretta, indicate a pag. 20 dello Schema di polizza, siano lavorative.

Risposta 10

Si precisa che per 48 ore si intendono 48 ore solari, escludendo dal conteggio delle 48 ore i giorni festivi compreso il sabato.

Quesito 11

Nell'art. 22 – Obblighi di riservatezza e nell'allegato 2 dello Schema di contratto l'appaltatore viene qualificato e nominato responsabile del trattamento. Si segnala che la corretta qualificazione soggettiva della Compagnia

nell'ambito dell'affidamento di servizi assicurativi è quella di "Titolare del trattamento", come confermato da provvedimento del Garante Privacy (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019), di cui si riporta un estratto: "La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce [...] 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)". Si chiede, quindi, conferma che in caso di aggiudicazione la Compagnia sarà qualificata Titolare del trattamento e quindi non sarà necessario che compili e firmi l'atto di nomina a responsabile (All. 2).

Risposta 11

Si conferma che in caso di aggiudicazione la Compagnia sarà qualificata Titolare del trattamento e quindi non sarà necessario che compili e firmi l'atto di nomina a Responsabile del trattamento (All. 2).

Quesito 12

Schema di polizza, Definizioni. Nel merito della definizione di "Franchigia", si chiede conferma che la franchigia vada intesa come assoluta.

Risposta 12

Si conferma che nelle Definizioni dello Schema di polizza la definizione "Franchigia" vada intesa come assoluta.

Quesito 13

Schema di polizza, Definizioni. Alla definizione di "nucleo familiare" si legge: "[...] e/o dai figli fiscalmente a carico (anche del coniuge o del convivente more uxorio) anche non conviventi, e/o dai figli fiscalmente non a carico e non conviventi fino a 35 anni di età". Si chiede conferma che i figli dei Titolari, anche non conviventi, debbano essere in possesso del domicilio in Italia.

Risposta 13

Si conferma che alla definizione di "nucleo familiare" nello Schema di polizza si debbano intendere i figli dei Titolari, anche non conviventi, in possesso del domicilio in Italia.

Quesito 14

Schema di polizza, Premessa. Si legge: "[...] sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti." Si chiede conferma che la presente previsione valga solo con riferimento alle conseguenze di malattie già diagnosticate e non anche alle conseguenze di infortuni già accaduti.

Risposta 14

No, la previsione copertura deve operare anche per le conseguenze di infortuni già accaduti.

Quesito 15

Schema di polizza, Art. 1.1 - RICOVERO IN ISTITUTI DI CURA. Con riferimento alle prestazioni eseguite nei 90 giorni precedenti il ricovero, si chiede se sia corretto considerarle indennizzabili solamente quando, al momento della loro esecuzione, sia già nota l'esigenza di disporre il ricovero o l'intervento ambulatoriale/in day hospital – con data già fissata – e pertanto tali prestazioni risultino collegate al successivo evento (ricovero/intervento) già al momento della loro prescrizione da parte del professionista sanitario. Sarebbero pertanto escluse dal novero delle prestazioni “pre-ricovero” e “pre-intervento”, ai sensi della presente garanzia, quelle prestazioni al cui esito emergesse la necessità di disporre un ricovero o eseguire un intervento: tali prestazioni verrebbero eventualmente indennizzate nell'ambito della garanzia delle “extraospedaliere”, qualora previste. Tale richiesta di chiarimento si estende a quanto analogamente previsto all'art. 1.2 (Ricovero senza intervento chirurgico).

Risposta 15

No, la garanzia spese pre-ricovero si intende estesa, nei limiti temporali indicati, anche se la necessità di ricovero / intervento dovesse emergere da visite / accertamenti senza essere già nota antecedentemente.

Quesito 16

Schema di polizza, Art. 1.1 - RICOVERO IN ISTITUTI DI CURA. Con riferimento alle prestazioni post ricovero, si chiede di precisare se le stesse, per essere indennizzate, debbano avvenire in vigenza di copertura oppure se il termine dei 120 giorni entro le quali risultano indennizzabili valga anche quando tali prestazioni siano eseguite a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero terminato in vigenza di copertura. Tale richiesta di chiarimento si estende a quanto analogamente previsto all'art. 1.2 (Ricovero senza intervento chirurgico) e all'art. 1.3 (Parto cesareo o di aborto terapeutico).

Risposta 16

Si precisa che le prestazioni post-ricovero, in quanto oggetto di unica posizione di sinistro unitamente al ricovero stesso, si intendono garantite anche se sostenute a polizza scaduta, purché collegate ad un ricovero iniziato (e non anche terminato) in vigenza di copertura. La data del sinistro deve, infatti, intendersi quella dell'inizio del ricovero, non la sua fine.

Quesito 17

Schema di polizza, Art. 2 – TRASFORMABILITÀ DELLA PRESTAZIONE: INDENNITÀ SOSTITUTIVA. Nel secondo capoverso si legge: “Le eventuali spese collegate al ricovero o all'intervento elencate al precedente art. 1 “Ricovero in istituti di cura” saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di Contratto”. Visto che la premessa di applicabilità di questa garanzia è che le spese del ricovero siano state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e che l'art. 1 richiamato elenca al suo interno molte di queste spese, si chiede conferma che le uniche spese che possano cumularsi con l'indennità sostitutiva siano relative a: prestazioni pre-ricovero; prestazioni post-ricovero; vitto e pernottamento dell'accompagnatore; trasporto dell'assicurato; rimpatrio della salma.

Risposta 17

Si conferma che le uniche spese che possono cumularsi con l'indennità sostitutiva siano relative a: prestazioni pre-ricovero; prestazioni post-ricovero; vitto e pernottamento dell'accompagnatore; trasporto dell'assicurato; rimpatrio della salma.

Quesito 18

Schema di polizza, Art. 6 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO E/O MALATTIA. Si chiede se sia corretto ritenere tale garanzia operante nei soli casi in cui la fisioterapia sia stata prescritta in diretta conseguenza di malattie o infortuni, ma senza che nel frattempo l'assicurato abbia subito un ricovero per quella stessa problematica che renda necessaria la fisioterapia. Ciò per distinguere chiaramente questi casi di fisioterapia da quella rientrante tra le prestazioni post ricovero ed evitare che, decorsi i 120 giorni post ricovero, l'assicurato che debba fare ulteriore fisioterapia possa chiederne l'indennizzo ai sensi della presente garanzia.

Risposta 18

Non si conferma l'interpretazione del richiedente, se la fisioterapia post-ricovero si dovesse estendere oltre i 120 giorni successivi, l'assistito ha comunque facoltà di avvalersi della garanzia di cui all'Art. 6.

Quesito 19.1

Schema di polizza, ART. 9 – LENTI. Si legge: “Sono rimborsate le spese per l'acquisto delle sole lenti e lenti a contatto”. Si formulano le seguenti richieste:

- si conferma che non sono indennizzabili le lenti da sole graduate?

Risposta 19.1

Si precisa che sono indennizzabili anche le lenti da sole graduate.

Quesito 19.2

- per “lenti a contatto” si devono intendere anche le cosiddette “usa e getta” (giornaliere)?

Risposta 19.2

Si conferma che per “lenti a contatto” si devono intendere anche le cosiddette “usa e getta” (giornaliere).

Quesito 19.3

- è corretto richiedere che la variazione del visus, in quanto evento che giustifica la necessità di acquistare le lenti, debba essersi verificata in vigenza di copertura?

Risposta 19.3

Si conferma che è corretto richiedere che la variazione del visus, in quanto evento che giustifica la necessità di acquistare le lenti, debba essersi verificata in vigenza di copertura.

Quesito 19.4

- è corretto prevedere un termine temporale massimo (es. 12 mesi) tra la data dell'attestazione di variazione del visus e quella dell'acquisto delle lenti di cui chiedere l'indennizzo?

Risposta 19.4

Si conferma che è corretto prevedere un termine temporale di 12 mesi tra la data dell'attestazione di variazione del visus e quella dell'acquisto delle lenti di cui chiedere l'indennizzo.

Quesito 20.1

Schema di polizza, ART. 11 – LONG TERM CARE. Si chiedono i seguenti chiarimenti con riferimento a quanto riportato nel primo capoverso ("Prestazione"). Nello specifico:

- se "Regime diretto" (indicato nella tabella) sia un sinonimo di quanto indicato nel Glossario come "Assistenza diretta", ossia *"Prestazioni assicurative della polizza in caso di ricovero presso Istituti di cura convenzionati con la Società"*;

Risposta 20.1

Si conferma che con "regime diretto" si intende "assistenza diretta".

Quesito 20.2

- se sia corretto interpretare le somme annuali di 750 € e 375 € quali sub-massimali annui dei complessivi 1.500 € annui, ossia che in un anno l'assicurato possa, ad esempio, ricevere un indennizzo di 750 € in regime diretto e di 750 € in regime rimborsuale, oppure 375 € in regime indennitario, 375 € in regime rimborsuale e 750 € in regime diretto, e così via.

Risposta 20.2

È corretta l'interpretazione data dal concorrente. Si conferma che il limite annuo di € 1.500 deve intendersi quale indennizzo massimo che può essere riconosciuto all'assistito.

Quesito 21

Schema di polizza, Art. 13 – PERSONE NON ASSICURABILI. Si legge: "Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.; al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto, l'Assicurazione nei loro confronti viene a cessare indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato." Si segnala come, secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 3, del D. Lgs. n. 502/1992 e sulla scia della Lettera IVASS al mercato del 23.07.2012 (sui portatori di handicap mentali e soggetti che fanno uso di farmaci psicotropi) e della legge del 3 marzo 2009 n. 18 (sulle persone con disabilità), l'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese di Assicurazione) abbia più volte richiesto alle imprese di assicurazione (rif. da ultimo l'incontro associativo del 10 giugno 2019) di evitare l'inserimento, all'interno dei contratti assicurativi, di clausole come quella sopra riportata, e di prevedere non tanto la non assicurabilità tout court di determinate categorie di persone (es. soggetti affetti da HIV), quanto la non operatività della copertura con riferimento a determinate patologie, che rappresenterebbero pertanto delle esclusioni, fornendo i seguenti esempi: "[...] gli stati patologici correlati all'infezione da HIV; le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze; gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni". Tali soggetti, pertanto, entrerebbero in copertura e vi resterebbero anche qualora fossero affetti dalle patologie sopra indicate. Verrebbe invece esclusa nei loro confronti l'operatività della polizza con riferimento ai soli infortuni e malattie correlati ai suddetti stati patologici. Si chiede se l'articolo riportato possa

essere interpretato in tal senso e pertanto, in caso di aggiudicazione del bando, riformulato nelle Condizioni di Assicurazione secondo quanto appena rappresentato.

Risposta 21

Si conferma l'interpretazione offerta dalla Compagnia. I soggetti affetti dalle patologie sopra indicate, entreranno in copertura e vi resteranno anche qualora fossero affetti dalle patologie sopra elencate. Verrebbe invece esclusa nei loro confronti l'operatività della polizza con riferimento ai soli infortuni e malattie correlati ai suddetti stati patologici. Pertanto, in caso di aggiudicazione del bando, l'articolo 13 delle Condizioni di Assicurazione sarà riformulato secondo quanto appena rappresentato.

Quesito 22

Si segnala che nella busta amministrativa che si visualizza a video sul portale non si rinviene lo spazio per allegare alcuni documenti come Passoe, garanzia e contributo anac. Salva vostra contraria indicazione procederemo ad inserire nella sezione dedicata alla Quesito di partecipazione una cartella in formato .zip in cui inseriamo anche gli altri documenti, firmando oltre ai singoli doc anche la cartella zip. Si chiede conferma che si possa procedere così come indicato.

Risposta 22

Si segnala che all'interno della busta amministrativa è stato creato lo spazio "Ulteriore documentazione amministrativa" all'interno del quale è possibile allegare ulteriori documenti come ad esempio procura speciale; documento legale rappresentante; marca da bollo; garanzia provvisoria; contributo ANAC; Passoe.

Quesito 23

Conferma che il rinnovo per ulteriori 12 mesi al termine del triennio non sia vincolante per la Compagnia.

Risposta 23

Il rinnovo al termine del triennio è vincolante per la Compagnia, salvo l'esercizio del diritto di recesso che può essere esercitato dalla Compagnia mediante comunicazione da inviarsi tra le parti a mezzo raccomandata a/r o PEC almeno sei mesi prima della scadenza della terza annualità.

Quesito 24

Fornire maggior dettaglio della statistica sinistri, riportando almeno garanzia colpita, canale di accesso alla prestazione (diretta, indiretta, SSN), numero e importo sinistri chiusi, aperti e senza seguito, categoria colpita, data di accadimento e denuncia del sinistro.

Risposta 24

Si allega e pubblica il file "analisi sinistri per prestazione" contenente quanto richiesto.

Quesito 25

Fornire l'elenco analitico dei sinistri riferito all'ultimo triennio riportante almeno, per ciascun sinistro, le informazioni riportate al Quesito che precede.

Risposta 25

La Stazione Appaltante non è in possesso del dato richiesto.

Quesito 26

All'art. 17 del Disciplinare di gara è indicato che l'aggiudicazione è definita unicamente tramite offerta tecnica su base 100 punti. Dall'art. 17.1 – Criteri di valutazione dell'offerta tecnica si evince che tutte le varianti tecniche assegnano un punteggio tabellare. Si chiede di indicare le modalità di attribuzione della procedura in caso di ex aequo a 100 punti tra più offerenti.

Risposta 26

Ai sensi dell'art. 21 del Disciplinare “Nel caso in cui le offerte di due o più concorrenti ottengano lo stesso punteggio si procede mediante sorteggio ad individuare il concorrente che verrà collocato primo nella graduatoria”.

Quesito 27

Con riferimento allo Schema di polizza:

- a) si chiede conferma che per usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia Visite Specialistiche (art. 5) sia necessaria la prescrizione medica riportante il Quesito diagnostico;
- b) relativamente alla garanzia Prestazioni Odontoiatriche (art. 8), si chiede conferma che la visita specialistica e la seduta di igiene orale siano usufruibili una volta l'anno per ciascun Assicurato solo presso centri convenzionati con la Società in forma diretta.

Risposta 27 a)

Si conferma che per usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia Visite Specialistiche (art. 5) sia necessaria la prescrizione medica riportante il Quesito diagnostico.

Risposta 27 b)

Relativamente alla garanzia Prestazioni Odontoiatriche (art. 8), si precisa che la visita specialistica e la seduta di igiene orale sono usufruibili una volta l'anno per ciascun Assicurato presso centri convenzionati con la Società in forma diretta nonché presso i centri non convenzionati con la Società in modalità rimborso.

Quesito 28

Conferma che il personale in quiescenza possa aderire alla copertura solo al momento del pensionamento senza soluzione di continuità e che, in caso di mancato rinnovo dell'adesione tra un'annualità assicurativa e l'altra, non sia più possibile aderire nuovamente l'annualità successiva.

Risposta 28

Si precisa che ai sensi dell'art. 17 dello Schema di polizza si stabilisce che: “In occasione del passaggio a quiescenza, l'Assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale. È data facoltà a ciascun Assicurato di continuare la propria copertura assicurativa, senza soluzione di continuità, per sé e per il proprio nucleo familiare”. Si conferma che in caso di mancato rinnovo dell'adesione tra un'annualità assicurativa e l'altra, non sarà più possibile aderire nuovamente l'annualità successiva.

Quesito 29

Fornire le condizioni attualmente in corso o, in alternativa, evidenziare le differenze tra la copertura in corso e le condizioni riportate nello Schema di polizza.

Risposta 29

Le condizioni in corso sono reperibili sul sito web dell'Ateneo al seguente link: [Polizze assicurative - Università Roma Tre \(uniroma3.it\)](http://Polizze assicurative - Università Roma Tre (uniroma3.it))

Quesito 30

Indicare i premi unitari in corso per ciascuna categoria.

Risposta 30

Categoria		Premio unitario
Personale contrattualizzato	€ 947,10	€ 947,10
A) Nucleo familiare del personale contrattualizzato in servizio	80% del premio pro capite offerto dall'Appaltatore	€ 757,68
B) Personale docente e ricercatore	Premio pro capite offerto dall'Appaltatore, maggiorato del 30%	€ 1.231,23
B.1) Nucleo familiare del personale docente e ricercatore	80% del premio pro capite di cui alla lettera B)	€ 984,98
C) Personale contrattualizzato in quiescenza	Premio pro capite offerto dall'Appaltatore per il personale contrattualizzato in servizio, maggiorato del 50%	€ 1.420,65
C.1) Nucleo familiare del personale contrattualizzato in quiescenza	80% del premio pro capite di cui alla lettera C)	€ 1.136,52
D) Personale docente e ricercatore in quiescenza	Premio pro capite per il personale docente e ricercatore in servizio di cui alla lettera B), maggiorato del 50%	€ 1.846,84
D.1) Nucleo familiare del personale docente e ricercatore	80% del premio pro capite di cui alla lettera D)	€ 1.477,47

Quesito 30

Con riferimento alla procedura in oggetto siamo a richiedere conferma che enti che abbiano esclusivamente finalità assistenziali quali Fondi, Casse e società di mutuo soccorso, possano partecipare alla procedura di gara fornendo come requisito di idoneità professionale l'attestato di iscrizione all'anagrafe ministeriale dei Fondo Sanitari Integrativi di cui al Decreto ministeriale del 31 marzo 2008 "Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali" al posto del requisito richiesto al capitolo 6.1 lettera b) (Essere in possesso di autorizzazione rilasciata dall'IVASS all'esercizio in Italia dell'attività assicurativa nel ramo

inerente il rischio “Malattia”) del disciplinare di gara. Tali enti possono infatti erogare i servizi e garantire le coperture richieste, nonché garantire il rispetto di quanto previsto dal capitolato di gara Art. 1) OGGETTO DEL SERVIZIO nel quale si legge “L’Appaltatore dovrà, al momento della sottoscrizione del contratto, avere la disponibilità di un Fondo o Cassa di assistenza avente finalità assistenziale, iscritto all’anagrafe dei fondi sanitari di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009, tenuta dal Ministero della Salute, che, sulla base della normativa attualmente vigente e di quella che dovesse intervenire nel corso dell’esecuzione del contratto, risulti idoneo in riferimento alle attività e alle prestazioni oggetto del contratto medesimo, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all’art. 51 del D.P.R. 917/1986. L’Università si riserva la facoltà di stipulare apposito accordo con il Fondo o Cassa, di cui sopra, dove le prestazioni oggetto dell’assicurazione confluiranno. Le spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti. L’Università si riserva, comunque, la facoltà di individuare un Fondo o Cassa di assistenza diverso da quello indicato dall’Appaltatore.” pur non avvalendosi della collaborazione con una compagnia di assicurazione. Per questo motivo l’esclusione della loro partecipazione dalla gara rappresenterebbe, a nostro avviso, una restrizione ingiustificata in quanto operante solo per alcuni operatori di mercato e per ciò stesso contraria ai principi del Codice (in particolare all’art.3 – Principio dell’accesso al mercato).

Risposta 1

Si precisa che la procedura indetta dall’Università ha ad oggetto l’esecuzione di Servizi Assicurativi, pertanto, per poter partecipare alla gara in oggetto è richiesto il possesso del requisito di cui all’art. 6.1 lett. b) del Disciplinare, ovvero, *“Essere in possesso di autorizzazione rilasciata dall’IVASS all’esercizio in Italia dell’attività assicurativa nel ramo inerente il rischio “Malattia””*.

Costituisce, infatti *“espressione della discrezionalità amministrativa della stazione appaltante la scelta di prevedere, come oggetto di una procedura di gara, l’affidamento di un contratto di assicurazione sottoposto alla disciplina del D.Lgs. 209/2005 e, conseguentemente, di riservare la partecipazione alla procedura in forma autonoma alle imprese di assicurazione iscritte all’albo di cui all’art. 14, comma 4 del D.Lgs. 209/2005 o agli elenchi delle imprese ammesse a operare in regime di stabilimento o libera prestazione di servizi di cui all’art. 26 dello stesso Codice delle Assicurazioni private, non consentendo la partecipazione in forma autonoma alle società di mutuo soccorso ex l. 3818/1886 iscritte all’anagrafe dei fondi sanitari integrativi del Sistema Sanitario Integrativo”*, così come chiarito dal parere n. 60 del 14/10/2014, reso dall’Anac per dirimere un caso analogo.

Quesito 31

Si chiede conferma che la franchigia in giorni prevista all’ Art. 2 – TRASFORMABILITÀ DELLA PRESTAZIONE: INDENNITÀ SOSTITUTIVA sia applicabile ai soli ricoveri effettuati in strutture private in alternativa al riconoscimento delle spese previste all’art.1.

Risposta 31

Si precisa che la franchigia in giorni è applicabile sia ai ricoveri effettuati in strutture private che ai ricoveri in strutture pubbliche con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Quesito 32

Si chiede conferma che l’ ART. 7 - MALATTIE ONCOLOGICHE non siano previsti gli interventi chirurgici ambulatoriali previsti invece all’art. 1

Risposta 32

Si conferma che gli interventi chirurgici ambulatoriali non sono previsti all'interno dell'art. 7. – MALATTIE ONCOLOGICHE, ma sono previsti ai sensi dell'art. 1.

Quesito 33

Con riferimento all'art. 8 a pag. 7 si chiede conferma che la visita specialistica e la seduta di igiene orale professionale completa, da effettuare nelle strutture convenzionate, non prevedano massimale ad eccezione del limite di una volta all'anno per persona. In caso contrario si chiede di fornire ulteriori specifiche. In merito al medesimo articolo, si chiede conferma che con "visita specialistica" si intenda visita odontoiatrica.

Risposta 33

Relativamente alla garanzia Prestazioni Odontoiatriche (art. 8), si precisa che la visita specialistica, per tale intendendosi la visita odontoiatrica, e la seduta di igiene orale sono usufruibili una volta l'anno per ciascun Assicurato presso centri convenzionati con la Società in forma diretta nonché presso i centri non convenzionati con la Società in modalità rimborso e non prevedono un massimale.

Quesito 34

Si chiede conferma che la prevenzione dermatologica prevista all' Art. 10 - MEDICINA PREVENTIVA sia da intendersi come prevista una volta all'anno indipendentemente dal sesso e dall'età.

Risposta 34

Si conferma che la prevenzione dermatologica prevista all' Art. 10 - MEDICINA PREVENTIVA sia da intendersi come prevista una volta all'anno indipendentemente dal sesso e dall'età.

Quesito 35

Si chiede conferma che il Pacchetto Prevenzione uomo/donna con età uguale o maggiore di 30 anni all'Art. 10 - MEDICINA PREVENTIVA sia da intendersi come prevista una volta all'anno.

Risposta 35

Si conferma che il Pacchetto Prevenzione uomo/donna con età uguale o maggiore di 30 anni all'Art. 10 - MEDICINA PREVENTIVA sia da intendersi come prevista una volta all'anno.

Quesito 36

Si chiede conferma che il rimborso per non autosufficienza previsto all'art. 11 Long term care sia erogabile solo in caso di non autosufficienza permanente.

Risposta 36

Si precisa che, come previsto dall'art. 11 dello Schema di polizza, la non autosufficienza deve essere tendenzialmente permanente e comunque superiore a 90 giorni.

Quesito 37

Si chiede conferma che i massimali previsti all'art. 11 Long term care siano da intendersi alternativi tra loro e non cumulabili.

Risposta 37

Si conferma che il limite annuo di € 1.500 deve intendersi quale indennizzo massimo che può essere riconosciuto all'assistito.

Quesito 38

Si chiede se la decorrenza della copertura sanitaria prevista per l'erogazione dell'indennità prevista all'art. 11 Long term care sia da intendersi come quella prevista dal presente capitolato.

Risposta 38

Si conferma che lo stato di non autosufficienza deve manifestarsi durante il periodo di validità della copertura.

Quesito 39

A pag. 6 art. 4 – allegato Schema di polizza – si legge “*Nel caso di prestazione effettuata presso strutture convenzionate con la Società, la garanzia di cui al presente articolo è subordinata all'applicazione di una franchigia fissa di Euro 50,00 (importo soggetto ad offerta a ribasso da parte dei concorrenti. Importo definitivo da inserire a cura dell'aggiudicatario).*” Si chiede conferma che la franchigia possa essere interpretata e applicata “per accertamento/ciclo”.

Risposta 39

Si conferma l'interpretazione della Compagnia. Pertanto, la franchigia fissa deve intendersi applicabile per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta.

Quesito 40

A pag. 7 art. 4 – allegato Schema di polizza – si legge “*Si intendono, altresì, comprese le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di Euro 1.100*”. Si chiede conferma che il massimale sia da intendersi per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Risposta 40

Si conferma che il massimale, di cui all'art. 4 dello Schema di polizza, sia da intendersi per annualità assicurativa e per nucleo familiare.

Quesito 41

A pag. 8 art. 5 – allegato Schema di polizza – si legge “*Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia fissa di Euro 30*” Si chiede conferma che la franchigia possa essere interpretata e applicata “per visita”

Risposta 41

Si conferma l'interpretazione della Compagnia. Pertanto la franchigia di Euro 30,00 di cui all'art. 5 dello Schema di polizza è applicata "per visita".

Quesito 42

Si chiede conferma che la Contraenza della polizza è a carico della Compagnia di assicurazione, le quali al momento della sottoscrizione del contratto, debbano avere la disponibilità di un Fondo/Cassa di Assistenza.

Risposta 42

Si precisa che Contraente della polizza del personale "contrattualizzato" è la Cassa di assistenza".

Quesito 43

In riferimento all'art. 6.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE, si chiede se con la frase "*almeno tre servizi analoghi a quello relativo alla presente procedura (polizze "rimborso spese mediche") per un importo minimo pari a € 2.500.000,00*" si intende un contratto per ogni anno oppure si intende tre contratti per ogni esercizio.

Risposta 43

Si precisa che per soddisfare il requisito di cui all'art. 6.3 del Disciplinare si richiede di aver svolto complessivamente tre servizi analoghi nel triennio.

Quesito 44

In riferimento all'art. 6.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE, si chiede se una cassa di assistenza o un fondo con diverse aziende socie può essere considerata un'unica polizza rimborso spese mediche per un importo pari o superiore a € 2.500.000,00.

Risposta 44

La richiesta riguarda l'esistenza del requisito in capo alla compagnia di assicurazioni, non in capo alla Cassa o Fondo; il requisito si riferisce a singole polizze, non a varie polizze cumulate tra loro, che evidentemente costituiscono rapporti separati.

Quesito 45

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

Risposta 45

Tutta la documentazione della precedente gara, tra cui il Capitolato normativo in corso, è consultabile al seguente link sul sito internet dell'Ateneo: <https://www.uniroma3.it/ateneo/bandi-di-gara-e-contratti/procedure-aggiudicate/anno-2016/procedura-aperta-per-lappalto-dei-servizi-assicurati-rimborso-spesse-mediche-2021-2024-cig-8625242eda/>

Quesito 46

Si chiede se la data di decorrenza della copertura sarà 01/07/2024.

Risposta 46

Si conferma che la data di decorrenza della copertura sarà il 01/07/2024.

Quesito 47

In riferimento all'art. 3.3, si chiede se l'eventuale proroga di 1 anno da parte della Stazione Appaltante è vincolante per la Compagnia.

Risposta 47

Si precisa che il rinnovo, di cui all'art. 3.3 del Disciplinare di gara, al termine del triennio è vincolante per la Compagnia, salvo l'esercizio del diritto di recesso che può essere esercitato dalla Compagnia mediante comunicazione da inviarsi tra le parti a mezzo raccomandata a/r o PEC almeno sei mesi prima della scadenza della terza annualità.

Quesito 48

In riferimento alla statistica sinistri fornita, si chiede di specificare per ciascun numero di polizza il piano e gli assistiti a cui è rivolto il piano.

Risposta 48

Si indicano i soggetti a cui si riferiscono i numeri di polizza:

- polizza numero n. 0031014036: Dipendenti in attività ed eventuale nucleo;
- polizza n. 0031014037: docenti in attività ed eventuale nucleo;
- polizza n. 0031014039: personale in quiescenza ed eventuale nucleo.

Quesito 49

Si chiede se in questo momento l'Ente è in fase di proroga o meno.

Risposta 49

Si precisa che in questo momento l'Ente non è in fase di proroga in quanto la scadenza dell'assicurazione è prevista in data 30/06/2024.

Quesito 50

In riferimento all'annualità 2021 della statistica fornita, si chiede di:

- a. chiarire cosa sia accaduto nel periodo che va dal 01/03/2021 al 01/07/2021 (4 mesi);
- b. fornire la statistica relativa al periodo che va dal 01/07/2021 al 01/07/2022.

Risposta 50 a.

Nel periodo che va dal 01/03/2021 al 01/07/2021 (4 mesi) è stata disposta una proroga tecnica a seguito di gara deserta.

Risposta 50 b.

Dato presente nella statistica fornita dalla compagnia.

Quesito 51

In riferimento alla statistica fornita, si chiede di fornire il dettaglio distinto per anno, polizza, garanzia e rete network, indicando:

- a. numero sinistri,
- b. importo richiesto,
- c. importo liquidato e riservato.

Risposta 51

Il dato disponibile è quello fornito dalla Compagnia come da allegato “Analisi sinistri per prestazione”.

Quesito 52

Si chiede di fornire l’ammontare dei premi di competenza dal 2018 ad oggi distinto per categorie: Personale Contrattualizzato, A, B, B.1, C, C.1, D, D.1.

Risposta 52

I dati relativi ai premi sono compresi nelle statistiche fornite dalla Compagnia.

Quesito 53

Si chiede conferma che la copertura è obbligatoria solo per il personale contrattualizzato, quali personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario, collaboratori esperti linguistici.

Risposta 53

La copertura è automatica esclusivamente per il personale contrattualizzato, quali personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario, collaboratori esperti linguistici. Mentre per i nuclei familiari del personale contrattualizzato dell’Università, il personale docente e ricercatore dell’Università e i relativi nuclei familiari nonché il personale in quiescenza e i relativi nuclei familiari, la copertura è prevista previa richiesta di adesione volontaria e pagamento del relativo premio.

Quesito 54

Si chiede di fornire i premi unitari pro capite dal 2018 ad oggi.

Risposta 54

Il premio unitario pro capite vigente dal 2021 è di € 947,10. Quelli precedenti fanno riferimento a condizioni contrattuali diverse.

Quesito 55

In riferimento ai premi unitari per le categorie B.1, C.1, D.1 si chiede conferma che siano premi pro capite per ciascun componente del nucleo familiare.

Risposta 55

Si precisa che i premi unitari per le categorie B.1, C.1, D.1 sono da considerarsi per l'intero nucleo familiare. Pertanto, ad esempio, un nucleo familiare con un solo componente avrà lo stesso premio del nucleo familiare con 2 componenti.

Quesito 56

Si chiede che le condizioni normative previste nel capitolato sono le medesime per tutte le categorie.

Risposta 56

Le condizioni normative sono le medesime per tutte le categorie, ad eccezione delle prestazioni di medicina preventiva, di cui all'art. 10 dello Schema di polizza, che sono previste esclusivamente per il solo Assicurato titolare (singolo personale contrattualizzato o singolo docente) e non sono, pertanto, riconosciute al personale in quiescenza nonché ai nuclei familiari di ogni categoria.

Quesito 57

Si chiede di fornire l'allegato D – Scheda di offerta tecnica.

Risposta 57

L'Allegato D- Scheda di offerta tecnica è reperibile tra i documenti di gara presenti sia sulla piattaforma telematica che sul sito dell'Università Roma Tre al link: <https://www.uniroma3.it/ateneo/bandi-di-gara-e-contratti/procedure-in-corso/gara-europea-a-procedura-aperta-tramite-piattaforma-telematica-per-l'affidamento-dell'appalto-dei-servizi-assicurativi-dell'universita-degli-studi-roma-tre-relativi-al/>

Quesito 58

Si chiede conferma che non esiste alcuna offerta economica.

Risposta 58

Si conferma che non esiste alcuna offerta economica in quanto l'appalto verrà aggiudicato ai sensi dell'art. 108, comma 5 del D.Lgs. 36/2023, con un prezzo fisso sulla base del quale gli operatori economici competeranno solo in base a criteri qualitativi.

Quesito 59

Si chiede conferma che per il premio pro capite per il Personale Contrattualizzato pari a € 1.200 posto a base d'asta rimane inalterato e non soggetto a ribasso.

Risposta 59

Si conferma che l'appalto verrà aggiudicato ai sensi dell'art. 108, comma 5 del D.Lgs. 36/2023, pertanto, il pro capite per il Personale Contrattualizzato pari a € 1.200 posto a base d'asta rimane inalterato e non soggetto a ribasso.

Quesito 60

Si chiede conferma che le percentuali del premio/contributo pro capite per le categorie ad adesione volontaria rimangono invariate con da art. 4.2 PREMIO PER COPERTURE AD ADESIONE VOLONTARIA dell'allegato capitolato speciale d'appalto.

Risposta 60

Si conferma che le percentuali del premio/contributo pro capite per le categorie ad adesione volontaria rimangono invariate.

Quesito 61

In riferimento all'art. 10 – MEDICINA PREVENTIVA dello schema di polizza, si chiede:

- a. conferma che nel capitolato di gara la garanzia prevede solo il pacchetto A.
- b. conferma che i pacchetti B e C sono pacchetti non previsti in garanzia nel capitolato di gara.
- c. conferma che i pacchetti B e C sono oggetto di miglioria tecnica.
- d. se il concorrente decide di offrire l'opzione pacchetto A + B, questo significa che i pacchetti sono da intendersi alternativi tra loro per il titolare oppure previsti entrambi?
- e. se il concorrente decide di offrire l'opzione pacchetto A + B + C, questo significa che i pacchetti sono da intendersi alternativi tra loro per il titolare oppure tutti e tre i pacchetti saranno previsti?

Risposta 61 a)

Si conferma che nel capitolato di gara la garanzia è previsto solo il pacchetto A.

Risposta 61 b)

Si conferma che i pacchetti B e C sono pacchetti non previsti in garanzia nel capitolato di gara.

Risposta 61 c)

Si conferma che i pacchetti B e C sono oggetto di miglioria tecnica.

Risposta 61 d)

Si precisa che se il concorrente decide di offrire l'opzione pacchetto A + B, questo significa che entrambi i pacchetti sono previsti.

Risposta 61 e)

Si precisa che se il concorrente decide di offrire l'opzione pacchetto A + B + C, questo significa che tutti e tre i pacchetti sono previsti.

Quesito 62

In riferimento all'art. 11 – Long Term Care, si chiede:

- a. se l'indennità di € 1.500 si intendono annuali per massimo 3 anni.
- b. di specificare la differenza tra il regime diretto e il regime rimborsale e cosa avviene in un regime misto.

Risposta 62 a)

Si conferma

Risposta 62 b)

Il regime diretto si applica nella ipotesi che le prestazioni garantite siano rese da soggetti / strutture facenti parte della rete di convenzionamento della compagnia; il regime rimborsuale si applica nella ipotesi che le prestazioni garantite siano rese da soggetti / strutture NON facenti parte della rete di convenzionamento della compagnia. Nella ipotesi di regime misto non potranno essere superati i limiti indicati.

Quesito 63

Con riferimento ai dati statistici forniti chiediamo di precisare a quali soggetti assicurati si riferiscano i vari numeri di polizza indicati.

Risposta 63

Si indicano i soggetti a cui si riferiscono i numeri di polizza:

- polizza numero n. 0031014036: Dipendenti in attività ed eventuale nucleo;
- polizza n. 0031014037: docenti in attività ed eventuale nucleo;
- polizza n. 0031014039: personale in quiescenza ed eventuale nucleo.

Quesito 64

Si chiede di precisare quali fossero i livelli di premio attualmente in corso distinti per dipendente e familiari ad adesione.

Risposta 64

Categoria		Premio unitario
Personale contrattualizzato	€ 947,10	€ 947,10
A) Nucleo familiare del personale contrattualizzato in servizio	80% del premio pro capite offerto dall'Appaltatore	€ 757,68
B) Personale docente e ricercatore	Premio pro capite offerto dall'Appaltatore, maggiorato del 30%	€ 1.231,23
B.1) Nucleo familiare del personale docente e ricercatore	80% del premio pro capite di cui alla lettera B)	€ 984,98
C) Personale contrattualizzato in quiescenza	Premio pro capite offerto dall'Appaltatore per il personale contrattualizzato in servizio, maggiorato del 50%	€ 1.420,65
C.1) Nucleo familiare del personale contrattualizzato in quiescenza	80% del premio pro capite di cui alla lettera C)	€ 1.136,52
D) Personale docente e ricercatore in quiescenza	Premio pro capite per il personale docente e ricercatore in servizio di cui alla lettera B), maggiorato del 50%	€ 1.846,84

D.1) Nucleo familiare del personale docente e ricercatore	80% del premio pro capite di cui alla lettera D)	€ 1.477,47
---	--	------------

Quesito 65

Si chiede di precisare per ciascuna polizza il numero degli esposti al rischio distinti tra dipendente e familiari.

Risposta 65

Numero polizza:0031014036			
Anno	N. esposti al rischio	N. Dipendenti	N. Familiari
2021	983	732	251
2022	1014	739	275
2023	1044	744	300

Numero polizza: 0031014037			
Anno	N. esposti al rischio	N. Docenti	N. Familiari
2021	456	191	265
2022	492	204	288
2023	492	216	276

Numero polizza: 0031014039			
Anno	N. esposti al rischio	N. Quiescenti	N. Familiari
2021	103	55	48
2022	137	76	61
2023	154	88	66

Quesito 66

Si chiede di precisare se il capitolato di gara riporti delle modifiche rispetto al normativo in corso, in caso affermativo chiediamo di evidenziarle.

Risposta 66

Tutta la documentazione della precedente gara, tra cui il Capitolato normativo in corso, è consultabile al seguente link sul sito internet dell'Ateneo: <https://www.uniroma3.it/ateneo/bandi-di-gara-e-contratti/procedure-aggiudicate/anno-2016/procedura-aperta-per-lappalto-dei-servizi-assicurati-rimborso-spesa-mediche-2021-2024-cig-8625242eda/>

Quesito 67

Si chiede per ogni polizza la statistica sinistri divisa per annualità con evidenza delle garanzie colpite distinte tra rete e fuori rete.

Risposta 67

Il dato risulta dall'allegato "Analisi sinistri per prestazione".

Quesito 68

Con riferimento all'art. 4.2 PREMIO PER COPERTURE AD ADESIONE VOLONTARIA del Capitolato di gara, si chiede conferma che la raccolta delle adesioni volontarie venga effettuata direttamente dall'Università o dal Broker.

Risposta 68

La raccolta delle adesioni volontarie relative nucleo familiare del personale contrattualizzato, personale docente e ricercatore in servizio e loro nucleo familiare verrà effettuato direttamente dall'Università, mentre le adesioni volontarie del personale contrattualizzato e personale docente e ricercatore posto in quiescenza e loro nucleo familiare verranno raccolte dal Broker.