

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: B1A5688E83

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.1

Quesito 1

Spett.le Stazione Appaltante, avremmo necessità di conoscere i seguenti dati:

- riepilogo popolazione EMAPI aggiornata al 10 maggio;
- riepilogo dati EMAPI aggiornati al 30 aprile;
- riepilogo sinistri EMAPI aggiornati al 30 aprile

Chiarimento 1

Con riferimento al quesito si precisa che, così come specificato anche all'Art. 2 punto 1 del Disciplinare di Gara, la suddetta documentazione è pubblicata nella sezione della piattaforma Net4market "documentazione per i fornitori accreditati".

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.2

Quesito 1

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"*.

Si chiede se per "adeguati correttivi" si intenda far riferimento al fatto che le ulteriori Enti o Casse che potrebbero aderire possano essere tenute al pagamento di un premio maggiorato, o a parità di premio possa essere previsto per i loro aderenti un insieme di garanzie ridotte. Nel caso ciò non sia possibile, si chiede di esplicitare in cosa possa consistere "l'adozione di adeguati correttivi".

Chiarimento 1

Con riferimento al quesito si precisa che, per le Garanzie che saranno previste dalla futura polizza di assicurazione, non sarà possibile prevedere variazioni di premio o di prestazioni in caso di adesione di nuovi Enti o Casse ad accezione di quanto previsto nel presente capitolato.

Nel caso in cui l'adesione di una nuova Cassa, alla luce degli andamenti storici, possa determinare, in ipotesi, 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.

Si evidenzia 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 ed è ovvio, a tale proposito, che è interesse di Emapi garantire il mantenimento del predetto equilibrio a tutela sia degli Enti associati che della regolare esecuzione del contratto sino alla sua fisiologica scadenza.

Quesito 2

All'art.14 "Verifica dell'andamento tecnico e revisione premi", a pagina 16 del Capitolato, si legge: "[...]"

- Al numeratore (S): i sinistri liquidati e riservati riferiti alle prestazioni rimborsate e pagate in assistenza diretta riferiti alla prima annualità ed al primo semestre della seconda annualità, complessivi di Emapi e del singolo Ente o Cassa in osservazione.

- Al denominatore (P): il 100% dei premi imponibili raccolti dalla Società per la I annualità assicurativa ed il 50% dei premi raccolti per la II annualità sino alla data di rilevazione, riferiti alle Garanzie a adesione collettiva ed a adesione individuale, complessivi di Emapi e del singolo Ente o Cassa in osservazione.

[...] Il premio così determinato si applicherà per la terza e la quarta annualità.

Ove la Società non si avvalga della facoltà di chiedere la verifica dell'andamento tecnico al termine della seconda annualità, potrà avvalersene entro tre mesi dal termine della terza annualità; fermo il procedimento sopra descritto, i sinistri liquidati/riservati ed i premi da considerare nei prospetti riepilogativi saranno quelli della II annualità assicurativa e gli eventuali aumenti di premio si applicheranno a partire dalla quarta annualità."

Si chiede cortese conferma che per la definizione di "annualità" si debba fare riferimento all'Art. 1 – Effetto e durata della Convenzione del Capitolato. In altre parole, si chiede cortese conferma che sia corretta l'interpretazione per la quale per "prima annualità" si debba considerare il periodo dalle ore 24.00 del 15/10/2024 alle ore 24.00 del 15/04/2025, per "seconda annualità" si debba considerare il periodo dalle ore 24.00 del 15/04/2025 alle ore 24.00 del 15/04/2026, per "terza annualità" si debba considerare il periodo dalle ore 24.00 del 15/04/2026 alle ore 24.00 del 15/04/2027 e per "quarta annualità" si debba considerare il periodo dalle ore 24.00 del 15/04/2027 alle ore 24.00 del 15/04/2028.

Chiarimento 2

Si conferma.

Quesito 3

All'art.14 "Verifica dell'andamento tecnico e revisione premi", a pagina 16 del Capitolato, si legge:

"[...] Quanto sopra a condizione che il rapporto complessivo dei sinistri e premi dell'intera Convenzione, verificati secondo i medesimi parametri sopra indicati, superi l'85%. L'eventuale aumento dei premi complessivamente per Emapi e/o per i singoli Enti e Casse dovrà essere proporzionale all'incremento registrato nel rapporto S/P e comunque non potrà superare il 15% del valore dei premi in corso e si applicherà a partire dalla terza annualità. Il premio così determinato si applicherà per la terza e la quarta annualità".

Si chiede cortese conferma che per "aumento dei premi [...] proporzionale all'incremento registrato nel rapporto S/P" si debba intendere che il premio verrà incrementato di pari misura all'incremento percentuale del rapporto S/P, che si ottiene con i criteri di calcolo previsti da Capitolato, e il valore soglia 85%. In altre parole, a titolo esemplificativo, si chiede conferma che qualora il rapporto S/P, ottenuto come definito all'articolo qui citato, sia pari a 95%, i premi verranno incrementati del 12%, incremento percentuale ottenuto applicando la formula $(95\% - 85\%) / 85\%$.

Chiarimento 3

Con riferimento al quesito posto si precisa che la regola da adottare è la seguente: S/P accertato in sede di rilevazione – 85% = X ; e l'aumento del premio corrisponderà ad X con il massimo del 15%.

Esempio:

S/P accertato in sede di rilevazione: 95%

Parametro di riferimento 85%

Calcolo dell'aumento: $95\% - 85\% = 10\%$ che corrisponderà all'aumento che potrà essere applicato.

Quesito 4

Con riferimento alle statistiche sinistri fornite, si chiede cortesemente, ai fini di una corretta valutazione del rischio, di ricevere le medesime statistiche suddivise per ciascuna Cassa/Ente aderente ad EMAPI nelle diverse annualità assicurative. Inoltre, si chiede cortesemente di ricevere la suddivisione per Cassa/Ente anche dei premi imponibili complessivi di ciascuna Cassa/Ente e delle teste assicurate nelle annualità assicurative fornite.

Chiarimento 4

Con riferimento al quesito posto si rinvia ai dati già forniti e messi a disposizione.

Quesito 5

Con riferimento a pagina 31 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 5

Si conferma.

Quesito 6

Con riferimento all'art. 3.5 - *Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale*, di cui a pagina 31 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

Si conferma

Quesito 7

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 59 del Capitolato.

Chiarimento 7

Con riferimento al quesito posto si conferma che il premio per il neonato è da intendersi quello per un 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 8

Con riferimento all'art. 9 – *Garanzia Aggiuntiva – A.4 Pacchetto Maternità*, di cui a pagina 38 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 8

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

Quesito 9

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: *“Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 1.500 e massimo non indennizzabile di € 6.000 – Opzione sostitutiva 2: Riduzione dello scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 1.000 e massimo non indennizzabile di € 5.000”*. 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 € 2.500 ad € 1.500 e il massimo non indennizzabile da € 7.000 ad € 6.000, mentre scegliendo l'opzione sostitutiva 2 si mantenga lo scoperto del 15% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 2.500 ad € 1.000 e il massimo non indennizzabile da € 7.000 ad € 5.000.

Chiarimento 9

Con riferimento al 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.

Quesito 10

Con riferimento all'Elemento k) *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: *“Opzione sostitutiva 1: Riduzione dello scoperto a 20% con minimo non indennizzabile di € 2.000 e massimo non indennizzabile di € 6.000 – Opzione sostitutiva 2: Riduzione dello scoperto a 20% con minimo non indennizzabile di € 1.500 e massimo non indennizzabile di € 4.500”*. 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 € 2.500 ad € 2.000 e il massimo non indennizzabile da € 7.500 ad € 6.000, mentre scegliendo l'opzione sostitutiva 2 si mantenga lo scoperto del 20% previsto da Capitolato e si riducano il minimo non indennizzabile da € 2.500 ad € 1.500 e il massimo non indennizzabile da € 7.500 ad € 4.500.

Chiarimento 10

Con riferimento al 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.

Quesito 11

Con riferimento all'Elemento o) *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 non indennizzabile 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 11

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

Quesito 12

Con riferimento all'Elemento q) *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 non indennizzabile 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 12

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

Quesito 13

Con riferimento all'art. 8 – *Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up*, di cui a pagina 37 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, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, 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 13

Si conferma.

Quesito 14

Con riferimento all'art. 8 – *Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up*, di cui a pagina 37 del Capitolato, si chiede cortese 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, l'assicurato avente diritto debba effettuare tutte le prestazioni ivi previste nel suddetto Pacchetto Check Up, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, ed inviarle necessariamente in un'unica richiesta di rimborso affinché possa ottenere il rimborso e che, in caso contrario, nulla gli sarà rimborsato. Si chiede inoltre cortese conferma che lo stesso valga anche con riferimento all'art. 5 *Check Up*, di cui a pagina 51 del Capitolato e all'art. 5 *Check Up*, di cui a pagina 58 del Capitolato.

Chiarimento 14

Non si conferma e si precisa che ai fini del rimborso, l'iscritto potrà inviare le fatture relative alle prestazioni fruite anche in più pratiche, fermo l'obbligo di rimborso nelle modalità e nei limiti indicati nel Capitolato. In ogni caso, in sede di stesura delle procedure operative tra EMAPI e la Compagnia si potranno anche studiare comunicazioni che invitino gli iscritti, ai fini di una più agile e precisa gestione delle pratiche, ad inviare una unica richiesta di rimborso.

Quesito 15

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, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, 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 15

Si conferma.

Quesito 16

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, nell'arco massimo di giorni consecutivi indicati nel Capitolato, 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 16

Si conferma.

Quesito 17

Con riferimento all'*art. 8 – Garanzia Aggiuntiva – A.3 Pacchetto Check Up*, di cui a pagina 37 del Capitolato, si chiede cortese conferma che il limite temporale di 10 giorni entro il quale si debbano eseguire le prestazioni previste dal pacchetto stesso non si intenda operante nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private e/o personale medico e sanitario convenzionati con la Società, tenendo in considerazione che la Società non può gestire e di conseguenza garantire le disponibilità delle strutture sanitarie convenzionate e dei medici convenzionati in esse. Si chiede conferma che le prestazioni, quindi, debbano essere richieste alla Società in un'unica soluzione e successivamente prenotate in base alla disponibilità dell'Assicurato e delle strutture convenzionate. Si chiede cortese conferma che lo stesso valga per la prestazione di elettrocardiogramma da sforzo da eseguirsi, in caso di necessità, a seguito del primo elettrocardiogramma. Si chiede inoltre cortese conferma che lo stesso valga anche con riferimento all'*art. 5 Check Up*, di cui a pagina 51 del Capitolato e all'*art. 5 Check Up*, di cui a pagina 58 del Capitolato.

Chiarimento 17

Non si conferma e si ribadiscono modalità e termini indicati nel Capitolato.

Quesito 18

Con riferimento agli articoli 7 *“Cure dentarie da infortunio”* e 8 *“Protesi dentarie da infortunio”*, Sezione garanzia B.2 Plus, di cui a pagina 59 del Capitolato, si chiede conferma che la documentazione medica per ottenere il rimborso delle prestazioni possa essere intesa come:

- radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Chiarimento 18

Non si conferma e si specifica che per l'ottenimento del rimborso sarà necessario produrre referto di Pronto Soccorso ed eventuale certificazione medica e sanitaria che attesti la coerenza tra le prestazioni effettuate e l'infortunio occorso.

Quesito 19

Con riferimento all'articolo 4 *“Extraospedaliere e domiciliari”*, Sezione garanzia B.2 Plus, lett. c) *“Visite specialistiche e accertamenti diagnostici”* di cui a pagina 57 del Capitolato, si chiede conferma che per quanto riguarda le prestazioni di infiltrazioni, qualora il farmaco/dispositivo medico venga acquistato separatamente dall'Assicurato, sia necessario presentare lo scontrino fiscale della farmacia riportante il codice fiscale dell'Assicurato stesso, e che la richiesta di rimborso debba pervenire in un'unica soluzione unitamente alla fattura dell'atto medico di somministrazione del farmaco/dispositivo medico.

Chiarimento 19

Per quanto riguarda il quesito posto non si conferma l'interpretazione fornita; in particolare nella fattispecie presentata, ai fini del rimborso delle spese per il medico sarà necessario produrre certificazione medica che prescriva l'acquisto, e scontrino della farmacia relativo al farmaco/dispositivo acquistato. Ai fini del rimborso, inoltre, l'iscritto potrà inviare le fatture relative alle prestazioni fruite anche in più pratiche, fermo l'obbligo di rimborso nelle modalità e nei limiti indicati nel Capitolato.

In ogni caso, in sede di stesura delle procedure operative tra EMAPI e la Compagnia si potranno anche studiare comunicazioni che invitino gli iscritti, ai fini di una più agile e precisa gestione delle pratiche, ad inviare una unica richiesta di rimborso.

Quesito 20

Con riferimento all'articolo 4 *“Extraospedaliere e domiciliari”*, Sezione garanzia B.2 Plus, lett. d) *“Cure fisioterapiche e riabilitative”* di cui a pagina 58 del Capitolato, si chiede conferma che in caso di prestazione a seguito di infortunio, sia necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso.

Chiarimento 20

Non si conferma e si rinvia a quanto indicato all'art. 15 Condizioni Generali di Assicurazione del Capitolato

Quesito 21

Con riferimento all'articolo art. 10 *“Termini di decadenza per le adesioni”*, di cui a pagina 14 del capitolato, 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 21

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

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'onori, 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'onori, 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'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 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 ininfluente 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, possano 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 biptico 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'oneri, 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'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 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 collegate a specifiche patologie.

Quesito 15

Con riferimento al Capitolato d'Oneri 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 videoconsulto.

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:

- 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 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) Si conferma.
- d) Si conferma, con la precisazione che saranno comunque indennizzabili le prestazioni indicate all'Art. 3.7 (in particolare le endoscopie) per tutte le voci di spesa, escluse quelle riferite agli esami istologici.

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:

- 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 e 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 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 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 Convenzione 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. Inoltre, come già evidenziato nel chiarimento 2.1, 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.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.4**Quesito 1**

in riferimento all' Art. 14 – Denuncia e gestione del sinistro del Capitolato 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. Al termine della valutazione del sinistro, la Società invia all'assicurato ed in copia ad EMAPI una comunicazione cartacea che illustra l'esito della valutazione effettuata (con indicati i dettagli delle liquidazioni in forma diretta e dei rimborsi predisposti, ovvero i motivi della mancata

liquidazione). Tutti i sinistri indiretti saranno gestiti per il tramite del portale assistiti di EMAPI (di seguito "portale"). Le prestazioni in forma diretta saranno gestite tramite la Centrale Operativa messa a disposizione dalla Compagnia. Emapi riceverà dagli assistiti la documentazione e le richieste di rimborso tramite il proprio portale, oppure tramite casella postale dedicata, abilitata per ricevere la documentazione in formato cartaceo, che Emapi provvederà a digitalizzare per l'invio in compagnia sempre tramite il portale.

Chiarimento 1

Non essendo stato formulato alcun quesito non è possibile fornire un chiarimento.

Quesito 2

Relativamente al documento Capitolato d'oneri, Art. 3.3 – Trattamento medico domiciliare per Gravi eventi morbosi.

Chiarimento 2

Non essendo stato formulato alcun quesito non è possibile fornire un chiarimento.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI N.5

Quesito 1

Si chiede conferma che, per i raggruppamenti temporanei non ancora costituiti, per le dichiarazioni di cui alle lettere a), b) e c) del paragrafo 15.5 del disciplinare di gara non serva produrre un documento ad hoc, considerato che le stesse sono già contenute nella domanda di partecipazione.

Chiarimento 1

Si conferma.

Quesito 2

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 dal Contraente contenenti l'indicazione dell'oggetto contrattuale, dell'importo dei premi, della data di esecuzione e del numero degli assicurati.

Chiarimento 2

Si conferma.

Quesito 3

Relativamente al Progetto Tecnico di cui all'art. 16 del Disciplinare, lett. b), si chiede conferma che il riferimento alle risorse della Centrale Operativa "dedicate" a EMAPI sia da intendersi come "dedicate non in via esclusiva".

Chiarimento 3

Con riferimento al quesito posto si fa presente la scelta di destinare alla commessa risorse dedicate in via esclusiva e/o non in via esclusiva è di competenza del concorrente; la valutazione del progetto tecnico da parte della stazione appaltante terrà poi conto del modello operativo ed organizzativo proposto, ivi compresa la coerenza e l'adeguatezza delle risorse complessivamente destinate e delle loro caratteristiche professionali.

Quesito 4

Si chiede conferma che il concorrente non debba ricorrere all'istituto dell'avvalimento premiale nel caso in cui, nella descrizione del Progetto Tecnico, illustri modalità di esecuzione del servizio rese anche per il tramite del subappaltatore; in tale ipotesi, infatti, trova applicazione l'istituto del subappalto, da dichiararsi nel DGUE.

Chiarimento 4

Ferma restando la competenza esclusiva della commissione giudicatrice nell'attribuzione dei punteggi tecnici, al quesito non sembra potersi dare risposta affermativa dal momento che nel nostro ordinamento non risulta contemplato l'istituto del "subappalto premiante". Si ritiene dunque che ai fini dell'attribuzione del punteggio tecnico, ove siano offerte risorse e/o attività che, al momento di presentazione dell'offerta, il concorrente non detiene e/o non intende eseguire direttamente, si renderà necessario depositare in gara la documentazione di avvalimento premiale in modo tale da garantire l'impegno concreto e vincolante dell'impresa ausiliaria già in fase di gara.

Quesito 5

Si chiede di poter conoscere quali sono le regole in termini di premio e prestazioni assicurate (massimali in particolare), nonché i processi che si applicano in ipotesi di ingresso in corso d'anno di un ente aderente ad Emapi (anche nel caso in cui fosse già stato aderente, ma titolare di una diversa copertura sanitaria).

Chiarimento 5

Per gli Enti/Casse già aderenti ad EMAPI ma che non abbiano attivato la Convenzione ASI, si applica quanto previsto dal primo punto dell'Art. 11 – Adesioni ed inclusioni (Adesioni di nuovi Enti e Casse in generale) delle Condizioni Generali di Convenzione; si rinvia anche ai chiarimenti 2.1 e 3.26

Quesito 6

Si chiede di conoscere quali sono gli enti che attualmente godono della copertura assicurativa rimborso spese mediche in corso e il perimetro di quelli che Emapi ipotizza godranno della copertura oggetto della presente procedura di gara.

Chiarimento 6

Gli Enti che attualmente fruiscono della copertura assicurativa rimborso spese mediche in forma collettiva sono: ENASARCO, ENPAB, ENPAQL, ENPAF, ENPAP, EPAP, EPPI, ENPAIA (sez. Agrotecnici); a questi si aggiungono ENPAPI e CAMPI i cui professionisti sono iscritti ad EMAPI a titolo individuale.

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) sia quelle non (ancora) aderenti ad EMAPI.

Quesito 7

Si chiede se l'aggiudicatario possa garantire il numero verde da telefono fisso per le chiamate nazionali, mentre per le chiamate da cellulare e internazionali possa essere messo a disposizione un numero a pagamento secondo la tariffa prevista dal gestore telefonico del chiamante.

Chiarimento 7

La risposta al quesito posto è positiva per ciò che concerne le chiamate internazionali, mentre è negativa per ciò che concerne le chiamate da cellulare non ravvisandosi alcuna differenza sostanziale con le chiamate da numero fisso nell'ambito del servizio richiesto.

Quesito 1

Si chiede conferma che la Contraenza del contratto è la Compagnia di assicurazione.

Chiarimento 1

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

Quesito 2

In riferimento a quanto descritto nell'Art. 4 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che non è ammessa la partecipazione in coassicurazione.

Chiarimento 2

Si conferma.

Quesito 3

In riferimento all'art. 6.3 REQUISITI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE del Disciplinare ed in particolare del capoverso "esecuzione nel triennio di raccolta premi lorda di valore complessivo non inferiore a 68 milioni di euro, di cui almeno 3 polizze destinate a non meno di 5.000 assicurati", si chiede: se il volume di 68 milioni di euro dev'essere annuale o nel complesso del triennio 2021 2022 2023. Si chiede di confermare se i tre contratti con 5.000 assicurati possono essere stipulati con amministrazioni pubbliche o committenti privati.

Chiarimento 3

Si conferma che:

- a) il volume di 68 milioni di euro non deve essere annuale potendo essere calcolato nel complesso del triennio 2021 2022 2023.
- b) i tre contratti con 5.000 assicurati possono essere stipulati sia con amministrazioni pubbliche sia con committenti privati.

Quesito 4

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

- a) conferma che, a partire dal 15 aprile 2026, la facoltà di disdetta del contratto è riconosciuta sia alla Compagnia di assicurazione che ad EMAPI. In caso negativo, si chiede di fornire la definizione corretta.
- b) conferma che, qualora EMAPI decida di proseguire il contratto, a partire dal 15 aprile 2026, la Compagnia di assicurazione non è vincolata ad accettare.

Chiarimento 4

Con riferimento al quesito posto:

- a) Si conferma, con la precisazione che, per quanto riguarda EMAPI, trattasi di recesso.
- b) Si conferma che la Compagnia dal 15.04.26 potrà esercitare facoltà di disdetta anche nei periodi successivi alla data sopra indicata e secondo le modalità indicate nei documenti di gara.

Quesito 5

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 5

La documentazione richiesta è già disponibile sul sito istituzionale di EMAPI al seguente link:
<https://www.emapi.it/2022/06/brochure-asi/>

Quesito 6

Si chiede conferma che la copertura opera ad adesione obbligatoria per gli assicurati descritti nell'art. 7.1 del Capitolato di gara.

Chiarimento 6

Non si conferma e si rimanda all'7.1 Condizioni Generali di Convenzione del Capitolato dove sono indicate le possibili modalità di adesione in forma collettiva.

Quesito 7

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

Chiarimento 7

Si conferma.

Quesito 8

In riferimento all'art. 3.6 del Capitolato di gara, si chiede di indicare, se presenti, le condizioni in termini di scoperto e franchigia, qualora la prestazione fosse prestata da strutture sanitarie convenzionate.

Chiarimento 8

Con riferimento al quesito posto si conferma quanto indicato nel capitolato.

Quesito 9

In riferimento all'art.13 Garanzia Aggiuntiva – A.8 Riduzione franchigie e scoperti Garanzia A del capitolato di gara, si chiede conferma che, per l'assicurato che acquista questa garanzia godrà esclusivamente delle nuove condizioni normative, ossia che per le prestazioni effettuate in strutture convenzionate non sarà applicato ne scoperto ne franchigia, e per le prestazioni effettuate in strutture non convenzionate sarà applicato scoperto del 15% con minimo non indennizzabile di € 800 e massimo non indennizzabile di € 4.000 per sinistro.

Chiarimento 9

Si conferma con le seguenti precisazioni:

- a) trattasi di Garanzia Aggiuntiva ad adesione collettiva.
- b) la Garanzia Aggiuntiva citata prevede anche un innalzamento del valore economico dell'indennità sostituiva da € 120 a € 155.

Quesito 10

In riferimento all'Art. 5 – Check up sia per il piano B1 che B2, del capitolato di gara, si chiede di spiegare meglio la funzionalità della garanzia in combinazione con la garanzia relativa all'art. 8. Si chiede di fornire un esempio.

Chiarimento 10

Con riferimento al quesito posto si conferma quanto indicato nel primo capoverso dell'art. 55 – Check up della Garanzie B1 che B2.

Quesito 11

In riferimento all'Art. 11 – Garanzia Aggiuntiva B3, l) Art. 2 – Ricovero, si chiede conferma che nel caso in cui le prestazioni siano effettuate presso strutture non convenzionate, sarà applicato lo scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 2.500 e massimo non indennizzabile di € 7.500 sinistro, come previsto dal piano B2.

Chiarimento 11

Si conferma.

Quesito 12

Si chiede se i pensionati godono della stessa copertura/piani degli iscritti. Inoltre, si chiede se i premi per i pensionati sono uguali a quelli dell'Isritto.

Chiarimento 12

Il quesito risulta poco chiaro e non permette un chiarimento puntuale per questo motivo si rinvia a quanto previsto dal Capitolato di gara nel quale sono indicate le Garanzie cui i pensionati possono aderire, le modalità di adesione ed i relativi premi.

Quesito 13

Si chiede quali garanzie aggiuntive può aderire il pensionato.

Chiarimento 13

Con riferimento al quesito posto si fa presente che il pensionato a titolo individuale non può aderire a nessuna delle Garanzie Aggiuntive.

Quesito 14

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 14

Si conferma che i pensionati possono aderire alle Garanzie B1 SMART e B2 PLUS (in alternativa tra loro) e che i premi loro applicati sono quelli indicati nel Capitolato.

Quesito 15

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 15

Si fa presente che la Garanzia B3 è destinata all'adesione in forma collettiva dei dipendenti.

Quesito 16

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 16

La Garanzia C può essere attivata solo in forma collettiva nelle modalità indicate dall'art. 7.9 Condizioni Generali di Convenzione del Capitolato (cui si rinvia).

Quesito 17

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

Chiarimento 17

Con riferimento al quesito posto si rinvia ai dati già forniti e messi a disposizione.

Quesito 18

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

Chiarimento 18

Con riferimento al quesito posto si rinvia agli artt. 1 e 11 Condizioni Generali di Convenzione del Capitolato.

Quesito 19

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

Chiarimento 19

Con riferimento al quesito posto si fa presente che la Stazione Appaltante non è in possesso dell'informazione richiesta.

Quesito 20

Si chiede di fornire i premi unitari e teste sotto rischio 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 20

Con riferimento al quesito posto si rinvia ai dati già forniti e messi a disposizione.

Quesito 21

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 21

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 22

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 + alle garanzie aggiuntive (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8);
- c) sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può aderire al piano A + alle garanzie aggiuntive (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8) + al piano B1 SMART;
- d) sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può aderire al piano A + alle garanzie aggiuntive (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8) + al piano B2 PLUS;
- e) sia a titolo collettivo che individuale, l'assicurato può aderire al piano A + alle garanzie aggiuntive (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8) + al piano B2 PLUS + al piano B3;
- f) a titolo individuale, l'assicurato può aderire al piano C, ma non può aderire al piano A + alle garanzie aggiuntive (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8);
- g) l'assicurato se aderisce al piano C, non può aderire ai piani B1 SMART, B2 PLUS + B3;

Chiarimento 22

Con riferimento al quesito posto:

- a) si conferma.
- b) non si conferma (non si può aderire alle Garanzie Aggiuntive a titolo individuale).
- c) vedi b).
- d) vedi b).
- e) vedi b) (e si precisa nuovamente che la Garanzia B3 è destinata esclusivamente all'adesione collettiva dei dipendenti).
- f) non si conferma (la garanzia C non può essere attivata a titolo individuale e non dà diritto all'adesione individuale alla Garanzia A).
- g) si conferma (per aderire alle Garanzie B1 SMART, B2 PLUS è necessario essere prima iscritti alla Garanzia A).

Quesito 23

In riferimento all'allegato "Riepilogo dati EMAPI 13_5_24", si chiede:

- a) se i premi unitari lordi sono rimasti invariati dal 2020 ad oggi.
- b) 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.
- c) se i premi annui lordi siano validi anche per il personale in quiescenza;
- d) 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?

Chiarimento 23

Con riferimento al quesito posto:

- a) si conferma.
- b) i premi delle Garanzie in parola sono in aggiunta ai premi della Garanzia A e possono essere attivate solo in forma collettiva.
- c) il quesito non è chiaro in particolare non si comprende a quali premi si faccia riferimento per il "personale in quiescenza".
- d) I premi imponibili ed il numero degli iscritti indicati nel RIEPILOGO PREMI/ASSICURATI, CONVENZIONE ASI EMAPI - REALE MUTUA ASSICURAZIONI, per gli anni 2020, 2021, 2022, 2023 sono riferiti agli iscritti in forma collettiva (nel 2023 è indicato A ma anche in questo caso è da intendersi A Prof. Collettivi).

Quesito 24

In riferimento al punto s) dell'offerta tecnica, si chiede quale sia l'elemento di valutazione discrezionale "u" ed inoltre si chiede specificare cosa inserire all'interno del progetto tecnico.

Chiarimento 24

Con riferimento al quesito posto si conferma trattasi di refuso, l'elemento di valutazione discrezionale è l'elemento "s".

Per quanto riguarda "cosa inserire all'interno del progetto tecnico" si rinvia a quanto indicato all'art. 18.2, Elemento s – Progetto Tecnico, del Disciplinare di Gara.