

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA PER IL RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEI/DELLE DIPENDENTI DELL’UNIVERSITA DEGLI STUDI DI ROMA TOR VERGATA – CIG: B3606DC7B7

CHIARIMENTO N. 3

Quesito: *"Spett.le Stazione Appaltante, ai fini della possibile partecipazione dello scrivente operatore economico alla procedura di gara di cui all'oggetto, richiediamo di porre responso ai quesiti che seguono:*

1) Al fine di quotare correttamente il rischio in oggetto, si chiede, con riferimento personale "TAB" e "CEL", la percentuale di uomini e di donne.

Risposta: *Dato 2024 Uomini 36% donne 64%*

2) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente di ricevere statistiche sinistri aggiornate al 30/09/2024 relative al periodo 01/01/2023-31/12/2023 e al periodo 01/01/2024-30/09/2024, suddivise tra polizza BASE e polizza PREMIUM e tra personale dipendente, personale docente/ricercatore, familiari del personale dipendente e del personale docente/ricercatore.

Risposta: *le statistiche sono state pubblicate*

3) A pagina 45 del Disciplinare, all'art. 22 "AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO E STIPULA DEL CONTRATTO", si legge: "Come espressamente indicato all'Art. 3.3 del Capitolato, per la gestione della polizza, la Stazione Appaltante dichiara di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D. Lgs. 209/2005, da parte del broker dell'Ateneo De Besi – Di Giacomo S.p.A. fino al 4 agosto 2025. E' in fase di espletamento la procedura di gara per l'affidamento del prossimo appalto inerente il servizio di brokeraggio, della durata di 60 mesi a decorrere dal 5 agosto 2025." Si chiede cortese conferma che, successivamente al 4 agosto 2025 e fino al termine della durata contrattuale della presente polizza sanitaria, l'aliquota provvigionale non superi la misura dell'8% prevista a pagina 16 del Capitolato all'art. Art. 3.3 "Gestione della polizza".

Risposta: *Come già indicato al chiarimento n.1, punto n.11, alla data di decorrenza del nuovo affidamento del servizio di Brokeraggio, varrà la provvigione offerta dal futuro aggiudicatario che, a norma dell'art. 17 del Disciplinare di gara per l'affidamento del servizio di Brokeraggio, dovrà essere compresa, a pena di esclusione, tra un limite minimo dell'8% e un limite massimo del 13%;*

4) A pagina 9 del Capitolato, all'art. 2.5 "Durata dell'assicurazione", si legge: "Si conviene tra le parti che, ove ritenuto conveniente in relazione alle proprie valutazioni tecniche ed

economiche, il Contraente ha la facoltà di esercitare un'opzione di proroga per un periodo ulteriore di 12 mesi, ai sensi dell'art. 120, comma 10 del D.Lgs 36/2023, alle medesime condizioni normative ed economiche. Nell'ipotesi in cui la Società non dovesse accettare la richiesta proroga avanzata dal Contraente, la Società si impegna a concedere la proroga tecnica di cui al comma precedente.”. Si chiede cortese conferma che il Contraente dovrà effettuare la richiesta con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla scadenza e che la Società aggiudicataria dovrà, entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta, comunicare al Contraente l'accettazione o il rifiuto della richiesta proroga.

Si rimanda alla risposta al quesito n. 4, di cui al chiarimento n. 2

5) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, relativamente alle garanzie “B.1 ALTA DIAGNOSTICA” e “B.2 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO” si chiede cortese conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che abbia reso necessaria la prestazione stessa e che, relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbano riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Risposta: Si conferma

6) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per le garanzie “B.1 ALTA DIAGNOSTICA” e “B.2 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO” in caso di alta diagnostica, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio lo scoperto ed il minimo non indennizzabile previsti nel Capitolato e nelle ipotesi migliorative dell'Offerta Tecnica, in caso di utilizzo del Network ed in caso di non utilizzo del Network, vengano applicati per ciascun accertamento o ciclo di terapia, e che in caso di visite specialistiche vengano applicati per ciascuna visita. Qualora non si confermasse, si chiede cortesemente di indicare come debbano essere applicati i limiti di indennizzo ivi previsti.

Risposta: Si conferma

7) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che le prestazioni ricomprese sotto le voci “esami endoscopici con e senza biopsia” siano in copertura nella garanzia “B.1 ALTA DIAGNOSTICA” se diagnostiche e nella garanzia “A.3 INTERVENTO AMBULATORIALE E IN DAY HOSPITAL” se operative.

Risposta: Si conferma

8) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che la “dialisi” di cui alla garanzia “B.1 ALTA DIAGNOSTICA” sia ivi in copertura anche se effettuata in regime di Day Hospital o Ricovero.

Risposta: Si conferma

9) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che le terapie “chemioterapia”, “radioterapia”, “cobaltoterapia” siano in

copertura sia nella garanzia “CURE ONCOLOGICHE” – il cui massimale sarà eroso per primo – sia nella garanzia “B.1 ALTA DIAGNOSTICA” se eseguite sia in regime ambulatoriale sia in regime di Day Hospital/Ricovero.

Risposta: Si conferma

10) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per la garanzia “B.1 ALTA DIAGNOSTICA”, l’assenza del riferimento all’utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale costituisca un refuso, e che per le prestazioni in elenco sia previsto, in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso dei relativi ticket senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Risposta: Si conferma

11) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per la garanzia “D) PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE”, l’applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile previsti nel Capitolato e nelle ipotesi migliorative dell’Offerta Tecnica, in caso di utilizzo del Network ed in caso di non utilizzo del Network, vengano applicati per fattura/persona. Qualora non si confermasse, si chiede cortesemente di indicare come debbano essere applicati i limiti di indennizzo ivi previsti.

Risposta: Si conferma

12) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per la garanzia “CURE DENTARIE”, l’applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile previsti nel Capitolato e nelle ipotesi migliorative dell’Offerta Tecnica, in caso di non utilizzo del Network, vengano applicati per fattura/persona. Qualora non si confermasse, si chiede cortesemente di indicare come debbano essere applicati i limiti di indennizzo ivi previsti.

Risposta: Si conferma

13) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per la garanzia “LENTI E OCCHIALI” l’applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile, indicati nel Capitolato e nelle ipotesi migliorative dell’Offerta Tecnica, avvenga per fattura/persona. Qualora non si confermasse, si chiede cortesemente di indicare come debbano essere applicati i limiti di indennizzo ivi previsti.

Risposta: Si conferma

14) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per la garanzia “LENTI E OCCHIALI” sia necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell’ottico optometrista, attestante la variazione del visus (o la prima prescrizione lenti).

Risposta: Si conferma

15) Con riferimento alla POLIZZA BASE e alla POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma che per la garanzia “PACCHETTO MATERNITÀ” prevista nel Capitolato Speciale

di Appalto, l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile indicati in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società avvenga per ciascun accertamento e per ciascuna visita. Qualora non si confermasse, si chiede cortesemente di indicare come debbano essere applicati i limiti di indennizzo ivi previsti.

Risposta: Si conferma

16) Con riferimento alla garanzia “I) PACCHETTO MATERNITÀ” della POLIZZA PREMIUM, si chiede cortese conferma all’Ente che in caso di Parto naturale o cesareo e di aborto terapeutico, in quanto eventi effettuati in regime di Ricovero/Day Hospital, le prestazioni in copertura siano le medesime di quelle normate all’art. A) OSPEDALIERE, A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico (pagg. 25-26 del Capitolato Speciale), e che si applichino le condizioni di liquidazione di quest’ultimo (Polizza PREMIUM, A.1), fermi restando ovviamente il massimale specifico di Euro 5.000,00 del PACCHETTO MATERNITÀ e i limiti specifici (scoperto/minimo) previsti per le spese sostenute in Istituto di cura non convenzionato con la Società.

Risposta: Si conferma

17) Con riferimento alla garanzia “G) FISIOTERAPIA” della Polizza PREMIUM si chiede cortese conferma che l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile indicati avvenga per fattura/persona. Qualora non si confermasse, si chiede cortesemente di indicare come debbano essere applicati i limiti di indennizzo ivi previsti.

Risposta: L'applicazione dello scoperto e del minimo indennizzabile oltre che per fattura/persona deve essere applicato anche per ciclo terapeutico

18) Con riferimento alla garanzia “G) FISIOTERAPIA” della Polizza PREMIUM si chiede cortese conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessario un certificato di Pronto Soccorso.

Risposta: Si conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessario un certificato di Pronto Soccorso o certificato di medico specialista attestante l'infortunio.

19) Con riferimento alla garanzia “G) FISIOTERAPIA” della Polizza PREMIUM si chiede cortese conferma che con la frase “Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 500,00 per sinistro/anno” si voglia intendere che la presente garanzia sia prestata entro il massimale annuo di Euro 500,00 per persona.

Risposta: Il massimale opera complessivamente per assicurato e per le persone a favore delle quali siano state fatte estensioni volontarie, per uno o più sinistri avvenuti nel corso di 1 anno assicurativo

20) Con riferimento al criterio di valutazione 5 “Fisioterapia” dell’Offerta Tecnica, si chiede cortese conferma: 1. che tale criterio faccia riferimento alla POLIZZA BASE;

Si conferma in quanto per la Premium si rimanda a quanto previsto dal capitolato

2. che in caso di offerta dell'” IPOTESI B: MIGLIORATIVA” l'applicazione dello scoperto e del minimo non indennizzabile, indicati in caso di utilizzo del Network ed in caso di non utilizzo del Network, avvenga per fattura/persona;

Risposta: Si conferma che l'applicazione dello scoperto e del minimo indennizzabile oltre che per fattura/persona deve essere applicato anche per ciclo terapeutico

3. che per l'attivazione della garanzia sia necessario un certificato di Pronto Soccorso;

Risposta: Si conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessario un certificato di Pronto Soccorso o certificato di medico specialista attestante l'infortunio

4. che con la frase “Il limite di spesa per tale garanzia è pari a Euro 200,00 per sinistro/anno” si voglia intendere che la presente garanzia sia prestata entro il massimale annuo di Euro 200,00 per persona.

Risposta: Il massimale opera complessivamente per assicurato e per le persone a favore delle quali siano state fatte estensioni volontarie, per uno o più sinistri avvenuti nel corso di 1 anno assicurativo

21) Con riferimento alla prestazione di “assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal medico, con il limite di Euro 60,00 giornaliera” prevista nella garanzia “B2 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO” della Polizza PREMIUM, si chiede cortese conferma che, nell'ambito del massimale unico di Euro 5.000 previsto al punto B) EXTRAOSPEDALIERE, possa essere previsto un sotto-massimale in giorni pari a 60 giorni per anno/nucleo.

Risposta: Si rimanda a quanto previsto dal capitolato tecnico

22) Si chiede conferma che i sei atti elementari citati nella garanzia “J) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC” della POLIZZA PREMIUM siano così definibili: • Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti); • Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi; • Andare al bagno e usarlo: la capacità di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale anche con l'impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo; • Spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo; • Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire; • Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare).

Risposta: Si conferma

23) Con riferimento al criterio di valutazione 7 “Medicina Preventiva” dell'Offerta Tecnica, poiché viene disciplinato nel Capitolato Speciale di Appalto che le prestazioni ricomprese in questa garanzia sono “prestazioni previste per gli uomini e per le donne una volta l'anno” e che “devono essere effettuate in un'unica soluzione”, si chiede cortese conferma che nel caso

in cui venisse offerta l'” IPOTESI B: MIGLIORATIVA”, l'assicurato possa effettuare le prestazioni presenti in elenco o in strutture sanitarie convenzionate oppure, in alternativa, in strutture sanitarie non convenzionate. Vale a dire che se l'assicurato effettua le prestazioni in strutture sanitarie convenzionate non gli sarà possibile eseguirle anche in strutture sanitarie non convenzionate, e viceversa.

Risposta: Si conferma

24) Per evitare contenziosi e ai fini della corretta valutazione dei sinistri si chiede cortesemente conferma all'Ente che l'art. 2.1 – Esclusioni (art. 2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI) possa essere integrato con la seguente esclusione: tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico. Fermo restando, ovviamente, quanto espressamente normato nella garanzia CURE DENTARIE delle polizze BASE e PREMIUM.

Risposta: Si rimanda a quanto previsto dal capitolato tecnico

25) All'art. 2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI, art. 2.1 – Esclusioni, si norma l'esclusione delle “cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS di cui alla classificazione ICD 9 CM. S”. Per meglio definire tale limitazione, al fine di evitare contenziosi, si chiede gentilmente all'Ente che essa possa essere intesa come segue: le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici.

Risposta: Si conferma

26) Nell'art. 3 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO, art. 3.2 – Obblighi dell'Assicurato/a in caso di sinistro, è scritto: “In caso di ricovero/day hospital, con o senza intervento chirurgico, non gestito in pagamento diretto: presentare copia della cartella clinica o scheda di intervento e tutte le notule di spesa relative alla degenza e all'equipe medica; in caso di intervento ambulatoriale, presentare relazione d'intervento.”. Ai fini della corretta valutazione medico-assicurativa dei sinistri di Ricovero/Day Hospital (esclusi quindi gli interventi chirurgici ambulatoriali), e in virtù delle coperture/delle condizioni specifiche previste dalle polizze BASE e PREMIUM per i Grandi Interventi Chirurgici, si chiede cortese conferma che sia necessaria la copia della cartella clinica conforme all'originale, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Risposta: Si conferma o, a discrezione della Società, lettera di dimissione

27) Alla lett. A) OSPEDALIERE della POLIZZA BASE, lett. A.1 - Ricovero per Grande intervento chirurgico, è scritto: “In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico [...]. Qualora non sia opzionato all'interno della scheda di offerta tecnica il massimale per grandi interventi, le spese per le prestazioni di pre ricovero e post ricovero verranno rimborsate all'interno delle coperture indicate alla successiva lettera B “EXTRAOSPEDALIERE”.” Si chiede gentile conferma all'Ente che in tal caso le prestazioni pre/post siano liquidate alle condizioni (e con i limiti) di cui alle lett. B.1 e B.2.

Risposta: Si conferma

28) All'art. 4.1 - Prestazioni previste dalla Polizza BASE si legge: "I massimali indicati nella scheda di copertura si intendono raddoppiati in caso di estensione al nucleo familiare." Si chiede cortese conferma che quanto ivi normato non si applichi in caso di limite massimo espresso in giorni. A titolo esemplificativo, si chiede se per la lett. A.2 - Ricovero per intervento non compreso nei Grandi interventi e ricovero senza intervento della POLIZZA BASE il massimo in giorni resti pari a 60 anche in caso di estensione al nucleo familiare.

Risposta: Si conferma

29) Con riferimento a "gli onorari del/della Chirurgo/a, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico" di cui alle lett. A) OSPEDALIERE, lett. A.3 - Intervento ambulatoriale e in Day Hospital della POLIZZA BASE – e per le garanzie A.1 e A.3 della PREMIUM – si chiede conferma che la presenza di tutti i soggetti partecipanti debba essere documentata dal referto operatorio.

Risposta: Si rimanda a quanto previsto dal capitolato tecnico.

30) Al fine di evitare contenziosi, si chiede gentilmente conferma all'Ente che l'art. 2.1 – Esclusioni (art.2 CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI) possa essere integrato con la seguente esclusione: tutte le terapie mediche. Questo ad eccezione ovviamente di quanto espressamente previsto nelle singole garanzie delle polizze BASE e PREMIUM: lett. A) OSPEDALIERE, terapie mediche di cui alla garanzia ALTA DIAGNOSTICA, terapie di cui alla garanzia CURE ONCOLOGICHE, e infine infiltrazioni con farmaco e agopuntura di cui alla lett. B.2 - VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO della sola POLIZZA PREMIUM.

Risposta: Si rimanda a quanto previsto dal capitolato tecnico.

31) Con riferimento all'art. 17 "OFFERTA ECONOMICA" del Disciplinare, si chiede cortese conferma che relativamente agli elementi "b) la stima dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro" e "c) la stima dei costi della manodopera" debbano essere indicate le stime dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro annuali e dei costi della manodopera annuali".

Risposta: Con riferimento all'art. 17 "OFFERTA ECONOMICA" del Disciplinare, si precisa che la stima dei costi aziendali relativi alla salute ed alla sicurezza sui luoghi di lavoro e la stima dei costi della manodopera sono relativi all'offerta economica nel suo complesso, e non sono calcolati annualmente.

F.TO LA RESPONSABILE UNICA DEL PROGETTO

(Dott.ssa Carola Gasparri)