**CHIARIMENTI PRESENTAZIONE OFFERTA TECNICA INIZIALE PROCEDURA COMPETITIVA CON NEGOZIAZIONE IN BASE AL COMBINATO DISPOSTO DELL’ART. 59, COMMA 2 LETT. A) E DELL’ART. 62 DEL D. LGS. 18 APRILE 2016, N. 50 PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI – CIG 91056468C8**

1. Si chiede conferma che il soggetto firmatario della documentazione di partecipazione alla gara possa essere un soggetto diverso da quello registrato come utente a sistema nel portale purché naturalmente sia dotato dei necessari poteri di firma.

*Si conferma.*

1. Si chiede conferma che l'ultimo capoverso dell'art. 4 del disciplinare di gara si debba intendere come non apposto considerato che i soggetti ammessi a partecipare sono già compagnie di assicurazione autorizzate all'esercizio dell'attività assicurativa sul territorio italiano nel ramo "Malattia".

*Si conferma.*

1. All'art. 14 del disciplinare, tra la documentazione da presentare per l'offerta tecnica inziale, non è indicata la domanda di partecipazione (Allegato 2). Si chiede conferma che debba essere presentata anche la domanda di partecipazione. In caso di risposta affermativa, si chiede di poter ricevere il documento in formato word editabile per agevolarne la compilazione.

*Si conferma che anche la domanda di partecipazione debba essere presentata e caricata a Sistema. Si provvede all’invio ad ogni operatore economico invitato del facsimile della domanda in formato word****.***

1. Si chiede di poter ricevere l'allegato 3 in formato word editabile per agevolarne la compilazione con particolare riferimento alle tabelle.

*Si provvede all’invio ad ogni operatore economico invitato del facsimile dell’allegato 3 in formato word.*

1. Nell'Allegato 2 schema di domanda di partecipazione è previsto all'ultima riga che si trasmetta anche il Passoe. All'art. 14 del disciplinare il Passoe non è indicato. Si chiede se si debba produrre o meno in questa fase il Passoe.

*Si deve produrre il Passoe, al pari della ricevuta di pagamento del contributo all’ Anac, come espressamente richiesto nel facsimile di domanda di partecipazione in allegato 2.*

1. Si chiede se la relazione tecnica inziale vada sviluppata secondo tutti i criteri di valutazione indicati nella tabella di cui al paragrafo 7.1. del disciplinare o se invece tali criteri si riferiscano alla fase di offerta finale.

*La richiesta di chiarimento è presumibilmente riferibile alla tabella di cui al paragrafo 17.1 del disciplinare. La tabella fa espresso riferimento al punteggio attribuibile all’offerta tecnica finale.*

1. Si chiede se nella relazione tecnica iniziale le proposte di modifica relative alle condizioni indicate nelle tabelle contenute nell'allegato 3 (Scheda di offerta iniziale) possano essere anche peggiorative. In sostanza, il concorrente può proporre dei valori peggiorativi rispetto a quelli di riferimento o invece può proporre solo delle migliorie?

*I valori di riferimento possono essere proposti anche in termini peggiorativi, poiché l’offerta tecnica iniziale e la negoziazione hanno la finalità di verificare la sostenibilità tecnica e finanziaria delle condizioni assicurative dopo la pandemia.*

1. Si chiede conferma che all'offerta tecnica inziale non sia attribuito un punteggio.

*Si conferma.*

1. Si chiede se le risposte fornite nella relazione tecnica inziale saranno vincolanti anche per la fase finale.

*No.*

1. Si chiede conferma che in risposta al criterio di valutazione "Affidabilità e referenze della Compagnia Assicurativa nel Ramo Malattia" della tabella al paragrafo 7.1. del disciplinare si possa fornire un elenco dei principali clienti della Compagnia e l'indicazione del posizionamento della stessa nello specifico settore.

*Si conferma.*

1. All'art. 28 dello Schema di Contratto si prevede che l'Assicuratore sarà nominato Responsabile del trattamento dei dati. La scrivente impresa di assicurazione ritiene che la nomina a "Responsabile del trattamento" (rif. Regolamento UE n. 2016/679) non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati. Considerando infatti che:
   * + i trattamenti svolti per l'erogazione della copertura assicurativa rappresentano l'attività tipica dell'impresa di assicurazione;
     + l'impresa di assicurazione effettua un trattamento di dati personali per effetto del rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto della stazione appaltante, soggetto quest'ultimo che raccoglie e tratta i dati per finalità diverse rispetto al fornitore del servizio assicurativo.

La scrivente reputa più corretto essere individuata quale "Titolare del trattamento", come pure chiaramente indicato dal Garante per la protezione dei dati personali (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019, di cui si riporta il seguente passaggio: "*La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce, quindi, in qualità di autonomo titolare in quanto non pone in essere un trattamento di dati "per conto" dell'ente aggiudicante, circostanza questa che, peraltro, priverebbe la società medesima dell'autonomia necessaria ad una corretta valutazione e liquidazione del danno (spetta infatti a tale società, in base a proprie valutazioni interne, decidere se liquidare direttamente un sinistro senza particolari formalità, ovvero avviare più puntuali verifiche o anche resistere in giudizio). Non vi è dubbio, infatti, che l'ente aggiudicante e la compagnia assicuratrice perseguono interessi separati e distinti, come del resto emerge dalla citata normativa di settore che, nel definire in maniera dettagliata tutti gli aspetti dell'attività assicurativa, individua gli obblighi che ricadono sulle parti contraenti (in tal senso, v. anche artt. 1882 e ss. c.c.). Alla luce di quanto detto, si rappresenta che, nell'ambito considerato, la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena assicurativa, doc. web n. 1410057)*". In caso di accoglimento della presente richiesta, si chiede conferma che il predetto articolo dello schema di contratto possa essere opportunamente rimodulato.

*Si concorda su quanto evidenziato nella specifica richiesta di chiarimenti. Lo schema di contratto verrà, pertanto, rimodulato nella specifica clausola*

1. Si chiede conferma che la sede da indicare all'art. 31 dello schema di contratto sia quella del Servizio di Presidio.

*Si conferma.*

1. A pag. 5 del Disciplinare di gara è riportato il valore stimato dell’appalto è pari ad € 4.800.000 per il triennio. Si chiede:
   * se tale valore sia da intendersi lordo o netto tasse pari al 2,5%;
   * se tale valore faccia riferimento unicamente alle categorie dei Giudici, in carica ed emeriti, e al personale in attività ed in quiescenza della Corte Costituzionale e relativi nuclei familiari; pertanto siano esclusi dal calcolo del valore dell’appalto i figli non fiscalmente a carico purché conviventi e i parenti e affini entro il II grado;
   * se sia possibile ricostruire il calcolare del valore dell’appalto indicando il numero di nuclei e l’importo dei premi per categoria che permettono di stimare il valore annuo e triennale dell’appalto.

*Il valore dell’appalto si intende al lordo e sono esclusi dal calcolo i soggetti indicati nella sezione E.2. Il numero dei nuclei è indicato nella tabella riportata alla “sezione b – quantitativi” del Capitolo Tecnico Iniziale.*

1. Allegato 3 Scheda di Offerta Tecnica iniziale: in riferimento agli elementi della Tabella 11 e Tabella 12 si chiede se possono essere previsti degli importi superiori rispetto a quelli previsti come riferimento (€ 700 per figli non a carico e gli importi tabellari per parenti ed affini entro il II grado).

*È possibile offrire importi superiori.*

1. Per le categorie dei Giudici, in carica ed emeriti, e per il personale in attività ed in quiescenza della Corte Costituzionale e relativi nuclei familiari si chiede:
   * se siano stati previsti dei premi per nucleo a base d’asta;
   * se la Compagnia deve indicare per ciascuna categoria un premio per nucleo; in tal caso si chiede se vi siano vincoli in termini di importo minimo e massimo oppure se la Compagnia può indicare senza vincoli l’importo per ciascuna categoria.

*No, non sono previsti premi per nucleo a base d’asta. L’operatore economico dovrà indicare il premio per nucleo per ciascuna categoria, ma senza vincoli.*

1. Si chiede conferma che per le polizze dei figli non a carico e dei parenti ed affini entro il II grado le condizioni di polizza saranno le medesime di quelle previste per i Giudici e per il personale della Corte Costituzionale.

*Si conferma per i figli non a carico. Per i “Parenti ed affini entro il II grado” le condizioni di polizza sono limitate alle coperture assicurative indicate a pag.26 del Capitolato Tecnico Iniziale.*

1. Allegato 3 Scheda di Offerta Tecnica iniziale, Tabella 3: la percentuale di rimborso per prestazioni in centro non convenzionato è indicata pari al 66% ma nel riquadro successivo il valore dello scoperto in centro non convenzionato è indicato 0. Si chiede se si tratta di un refuso oppure se il valore di 0 faccia riferimento al valore della franchigia.

*Per le prestazioni in centro non convenzionato la percentuale di rimborso è pari al 66%, la franchigia è del 34%. Lo scoperto è pari a “zero”.*

1. Allegato3 Scheda di Offerta Tecnica iniziale, Tabella 3: in riferimento alla colonna Valore proposto dall’offerente si chiede se la Compagnia può indicare, dove possibile, dei valori al rialzo al ribasso rispetto al valore di riferimento. Ad esempio il massimale relativo all’alta diagnostica è indicato come valore di riferimento € 4.000: è possibile indicare un valore maggiore o solo minore?

*L’operatore può inserire valori maggiori o minori.*

1. In riferimento al paragrafo G) prestazioni aggiuntive del Capitolato si chiede:
   * Se il massimale di € 250 si riferisce sia alle prestazioni G1 che G2;
   * Se il numero di volte (una l’anno) di accesso alla prestazione fa riferimento solo alla G1 oppure anche alla G2;
   * Se la prestazione G2 prevede l’accesso a tariffe agevolate presso i Centri Convenzionati con costo delle prestazioni a totale carico dell’assicurato.

*La risposta al primo quesito è affermativa. Per il secondo quesito, il numero di volte di accesso a tariffe agevolate la risposta è di una volta l’anno per l’opzione G1) e di una volta l’anno per l’opzione G2). Infine, il costo delle prestazioni è a carico dell’assicuratore entro il limite di € 250 (o maggiore quale variante migliorativa).*

1. Allegato3 Scheda di Offerta Tecnica iniziale, Tabella 7: si chiede conferma che il numero di volte (una l’anno) al quale si può accedere alla prestazione non è oggetto dell’offerta tecnica e pertanto non sia modificabile.

*Si conferma.*

1. Si chiede conferma che l’adesione alla polizza è da intendersi di carattere obbligatorio per le categorie dei Giudici (in carica ed emeriti) e per il personale in attività e pensionati della Corte Costituzionale.

*No, non si conferma. L’adesione ha carattere volontario.*

1. Si chiede, per le categorie dei giudici emeriti (e dei pensionati), se gli assicurati di età pari a 75 anni devono intendersi inclusi nella categoria degli assicurati con età inferiore ai 75 anni o superiore ai 75 anni.

*Nell’anno in cui il TITOLARE DEL NUCLEO (Giudice/Dipendente) compie il 75esimo anno di età il nucleo è inserito nella categoria “inferiore ad anni 75”*

1. Pag. 26 del Capitolato, tabella con i premi per la categoria dei parenti ed affini entro il II grado: si chiede se i soggetti con età pari a 55 anni devono intendersi inclusi all’interno della categoria minore 55 anni o maggiore (sopra) 55 anni.

*Nell’anno in cui ciascun singolo COMPONENTE DEL NUCLEO compie il 55esimo anno di età la categoria di appartenenza è “inferiore ad anni 55”, ai fini dell’applicazione dei parametri indicati nella tabella dei premi riportata a pag.26 del Capitolo Tecnico Iniziale.*

1. Nel Capitolato Tecnico all’art. D1 “Oggetto dell’assicurazione”, lett. A) Rimborso delle spese ospedaliere, sub c), vengono ricomprese anche le spese riferibili ad una serie di prestazioni eseguite “nei 150 (centocinquanta) giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell’intervento chirurgico ambulatoriale”. Si chiede di precisare se tali prestazioni, per essere indennizzate delle relative spese, debbano comunque avvenire in vigenza di copertura oppure se il termine dei 150 giorni valga anche quando le stesse avvengano a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale terminato in vigenza di copertura.

*Si conferma che il termine dei 150 giorni vale anche quando le stesse avvengano a polizza scaduta, se comunque successive e collegate ad un ricovero/intervento chirurgico ambulatoriale terminato in vigenza di copertura.*

1. Si chiede di indicare i premi per nucleo che costituiranno base d’asta, in modo da formulare l’Offerta Tecnica Iniziale in modo coerente con la disponibilità economica.

*Non saranno indicati i premi per nucleo come base d’asta, consentendo all’operatore la massima libertà di formulare la relativa offerta, nell’ambito del complessivo importo a base d’asta e del numero di nuclei familiari.*

1. Si chiede di indicare i premi lordi per nucleo attualmente in corso.

*I premi versati per ciascuna categoria per ciascun anno del presente contratto (2020, 2021 e 2022) sono i seguenti:*

* *Categoria “in carica” euro 2.031,49*
* *Categoria “in quiescenza euro 2.499,12*

*di età inferiore ad anni 75”*

* *Categoria “in quiescenza euro 4.568,94*

*di età superiore ad anni 75”*

1. Si chiede di fornire la statistica sinistri alla data di aggiornamento più recente possibile, considerando che quella attuale è aggiornata al 30/06/2021, nonché l’elenco completo dei sinistri aggiornato.

*Al momento la statistica sinistri inviata è la più aggiornata in nostro possesso. La richiesta di fornire un elenco sinistri aggiornato è stata già presentata all’assicuratore in corso e sarà nostra cura fornirvela non appena in nostre mani. In ogni caso, va nuovamente evidenziato che l’offerta tecnica iniziale non costituirà oggetto di valutazione per l’attribuzione del punteggio e non sarà vincolante per l’operatore. Pertanto, si ritiene che si disporrà di questi elementi al termine della fase di negoziazione, quando verrà predisposta la versione definitiva del Capitolato tecnico e si chiederà la formulazione delle offerte tecniche ed economiche che saranno valutate dalla commissione giudicatrice per l’affidamento del servizio.*

1. Relativamente alla statistica sinistri fornita, si evidenzia che l’importo risultante dall’elenco completo dei sinistri (“foglio Dettaglio sinistri”) come somma del liquidato per ciascun anno non coincide con quello indicato nel foglio “Report di sintesi”, risultando inferiore sia per il 2020 che per il 2021. Si chiede di inviare il Dettaglio sinistri corretto.

*Si veda risposta al quesito numero 27.*

1. Si chiede di aggiungere all’elenco completo dei sinistri una chiave che identifichi un insieme di prestazioni riferite al medesimo sinistro e una chiave che identifichi sinistri appartenenti al medesimo nucleo familiare.

*Si veda risposta al quesito numero 27.*

1. Si chiede conferma che le condizioni contenute nel Capitolato Tecnico di riferimento siano le condizioni attualmente in corso. In caso contrario, si chiede di evidenziarne le differenze o di fornire le condizioni di assicurazione in corso.

*Le condizioni in corso sono pressoché uguali a quelle previste nel capitolato tecnico iniziale, che presenta solo alcuni aggiornamenti nei numeri dei quantitativi e nelle clausole generali di assicurazione. L’unico aggiornamento riguarda l’inserimento della clausola covid e la possibilità dell’assicuratore di proporre la sostituzione nelle prestazioni aggiuntive della clausola g1) checkup con la garanzia g2) opzione pocket.*

1. Si chiede di indicare, per ciascuna annualità dal 2020 ad oggi, il numero di nuclei e di teste assicurate complessive separatamente per categoria (dipendenti e Giudici in carica, dipendenti in quiescenza e Giudici emeriti fino a 75 anni, dipendenti in quiescenza e Giudici emeriti oltre 75 anni), nonché il numero di figli non fiscalmente a carico e il numero di parenti e affini fino al II grado, questi ultimi separatamente per età.

*I dati richiesti per l’anno 2022 sono già presenti nel Capitolato tecnico iniziale (pagg.3-4 e pagg.8-12). Quelli relativi alle due annualità precedenti sono i seguenti:*

*Anno 2020 Nuclei n.426 assicurati n.1.082 di cui figli non carico n.38*

*Di cui n.212 in carica; n. 92 < 75 anni; n.122 > 75 anni*

*Anno 2021 Nuclei n.440 assicurati n.1.123 di cui figli non carico n.44*

*Di cui n.222 in carica; n.100 < 75 anni; n.118 > 75 anni*

*Infine, per quanto attiene le polizze “Parenti ed Affini” sono dati non disponibili all’Amministrazione e saranno richiesti all’assicuratore.*

1. Si chiede conferma che il costo delle prestazioni previste all’art. G.2 Opzione Pocket del Capitolato Tecnico resti in ogni caso a carico dell’Assicurato, che beneficerà solamente delle tariffe di convenzionamento.

*Si rimanda a quanto già osservato in risposta al punto 19) dei chiarimenti*

1. Si chiede conferma che per la categoria Parenti ed affini entro il II grado la garanzia non opera per le malattie pregresse e preesistenti alla data di stipula dell’assicurazione.

*Non si conferma. Anche per le polizze individuali “Parenti ed Affini” vale quanto in vigore per la polizza collettiva: - non viene richiesto questionario anamnestico; - non ci sono esclusioni per patologie pregresse o preesistenti, fatto salvo quanto specificato nel paragrafo “Limitazioni” del Capitolato tecnico Iniziale.*

1. Si chiede conferma del fatto che nell’Offerta Tecnica Iniziale possano essere inseriti scoperti e franchigie per le voci riferite all’ Area Ricovero con e senza intervento (par. D.1., lett. A) Rimborso delle spese ospedaliere del Capitolato).

*Si conferma.*

1. Si chiede di fornire il dettaglio della distribuzione degli assicurati per fasce di età superiori a 75 anni per la categoria Nuclei familiari dipendenti in quiescenza compresi Giudici emeriti, oltre a 75 anni

*Si rinvia al chiarimento n. 31 e si aggiunge che detta informazione è già presente nel Capitolato tecnico iniziale, pag.9.*

1. Si chiede evidenza del numero dei casi denunce di non autosufficienza complessivo negli anni 2020 2021 2022 con evidenza della durata del periodo di non autosufficienza per ciascun assicurato.

*Ne risultano soltanto 5 nel 2020, di cui uno pagato e gli altri respinti.*

1. Con riferimento alla sezione B del Capitolato Tecnico - Quantitativi - pag.3, si  richiede evidenza del numero di teste assicurate nelle annualità precedenti secondo i medesimi schemi.

*Si rimanda alla risposta fornita al quesito n. 31.*

1. Con riferimento al Capitolato Tecnico si chiede conferma che non vi siano differenze rispetto alle condizioni attualmente in vigore, diversamente si chiede di evidenziarle.

*Si rimanda alla risposta fornita al quesito n. 30.*

1. Si richiede di indicare i premi unitari in vigore per l'annualità in corso e quelle precedenti.

*Si rimanda alla risposta fornita al quesito n. 26.*

1. Con riferimento all'Allegato 1 statistiche sui sinistri, si chiede di confermare che il report di sintesi includa i sinistri di tutte le categorie oggetto di assicurazione compresi figli non fiscalmente a carico e Parenti Affini; in caso di risposta negativa si prega di integrare la documentazione con i premi e sinistri dei soggetti mancanti.

*Si conferma che sono sicuramente compresi i sinistri dei figli non a carico.*

*Non si conferma per quanto attiene le polizze individuali “Parenti ed affini”. Si richiederanno le statistiche all’assicuratore.*

1. Si richiede un aggiornamento dei dati statistici a fine marzo o l'ultimo disponibile, con lo stesso livello di dettaglio presentato nell'Allegato 1 e con integrazione dell'annualità in corso.

*Si rimanda alla risposta fornita al quesito n. 27.*

1. Con riferimento all'art. G.2 Opzione Pocket   del Capitolato Tecnico si chiede di poter precisare quali dovranno essere nel dettaglio le  tipologie di prestazioni da offrire e di confermare che il costo di tali prestazioni resterà a carico dell'assicurato che avrà quindi solo il vantaggio di poter beneficiare  di tariffe agevolate.

*Le tipologie di prestazione sono indicate nel dettaglio del punto G) Prestazioni aggiuntive del Capitolato Tecnico Iniziale e sono a titolo esemplificativo. Il costo delle prestazioni, pari ad euro 250,00 annuali per ciascun componente del nucleo, è a carico dell’assicuratore.*

1. Con riferimento all'art. G prestazioni Aggiuntive del Capitolato Tecnico si chiede di confermare che il limite dei 250 € per persona sia riferito alla sola garanzia di cui all'art G.1 Check Up e non anche all'art. G2 Opzione Pocket.

*Non si conferma. Ciascuna opzione, sia G.1 che G.2, ha un proprio massimale: euro 250,00 annuali per G1 e euro 250,00 annuali per G2.*

1. Si chiede di confermare che l’Offerta Tecnica Iniziale dovrà essere presentata attraverso l’Area Comunicazioni del Sistema, nell’ambito della fase 1 della procedura, in risposta alla Vostra comunicazione “Lettera di Invito”.

*Si conferma. In alternativa, qualora vi siano problemi tecnici, potrà essere presentata tramite PEC all’indirizzo* [*segreteria.generale@pec.cortecostituzionale.it*](mailto:segreteria.generale@pec.cortecostituzionale.it)*. Si precisa nuovamente che l’offerta tecnica iniziale non sarà oggetto di valutazione per l’attribuzione del punteggio e non sarà vincolante per l’operatore.*

1. Relativamente alle statistiche sinistri, si chiede il dettaglio per categoria assicurata, importo richiesto, importo pagato/riservato dal 2017 ad oggi con data aggiornamento al 2022; si rileva, inoltre, che la sommatoria degli importi pagati del "dettaglio sinistri" è incongruente con il "report di sintesi e prestazioni", pertanto si chiede di specificare il motivo di tale differenza/incongruenza.

*Le statistiche dei sinistri relativi al periodo 2020-2022 sono di competenza di ISP RBM Salute. Per il periodo dal 2017 al 2019 sono di competenza di Allianz spa.*

1. Relativamente all’estensione ai “PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO”, si chiede di chiarire se i premi indicati nella tabella del capitolato tecnico sono da intendersi come importi posti a base d’asta rispetto ai quali possono essere formulate offerte sia al rialzo che al ribasso.

*In sede di offerta tecnica iniziale, l’operatore è libero di formulare offerte al rialzo o al ribasso. In sede di negoziazione, l’amministrazione valuterà le proposte e assumerà le sue determinazioni che confluiranno nella versione definitiva del Capitolato tecnico sulla base del quale gli operatori economici formuleranno le loro offerte finali, le quali determineranno l’aggiudicazione del servizio.*

1. Si chiede di fornire copia delle Condizioni di Assicurazione in essere e maggiori differenze con il capitolato oggetto della presente procedura.

*Si rinvia alla risposta fornita al quesito n. 30.*

1. Relativamente alla garanzia lettera F “Rimborso spese per Long Term care (LTC)”, si chiede conferma che l’importo di € 300 è da intendersi come massimale a seguito del rimborso delle spese mediche sostenute dall’assicurato.

*Non si conferma. Si tratta di un assegno mensile, da corrispondere per due anni, ai componenti del nucleo assicurati, per i quali sia stata accertato lo stato di non autosufficienza.*

1. Relativamente al punto 7 della tabella dei criteri di valutazione dell’offerta tecnica “Messa a disposizione degli assicurati di un’App...”, si chiede conferma che il requisito è soddisfatto con area riservata web responsive.

*No, non si conferma.*

1. Relativamente al punto G.2 della Sezione D “Opzione Pocket”, si chiede conferma che il riferimento alla medicina alternativa è fatto a titolo di esempio (o se trattasi di un requisito obbligatorio).

*Come indicato espressamente nel punto G) Prestazioni Aggiuntive del Capitolato Tecnico Iniziale, il dettaglio è riportato a titolo esemplificativo.*

1. Con riferimento all’estensione ai “PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO”, si chiede cortesemente di chiarire se le distinte polizze individuali sono parte del contratto principale o sono da considerarsi come polizze a sé stanti che richiedono assunzione con modulo DBS/RVM tramite eventuale portale; inoltre, di specificare se il relativo pagamento del premio viene effettuato direttamente dall’assicurato o versato tramite l’Amministrazione Contraente.

*Le polizze individuali sono polizze a sé stanti. L’Amministrazione appaltante comunica alla Compagnia aggiudicataria un elenco di nominativi, in possesso dei requisiti previsti per poter sottoscrivere dette polizze.*

*Il premio viene pagato dagli interessati direttamente alla Compagnia. In alcun modo dette polizze potranno incidere sull’andamento del contratto collettivo né dovranno avere oneri per l’Amministrazione (v. Capitolato tecnico iniziale pag.11).*

1. In merito alla procedura in oggetto, chiediamo conferma che la modalità di partecipazione debba intendersi tramite pec. Dato che nell'allegato n. 2 l'indirizzo indicato è "PEC: [segreteria.generale@pec.cortecostituzionale.it](mailto:segreteria.generale@pec.cortecostituzionale.it)", e nella vs. ultima comunicazione si indica  quale pec corretta, "[g.canale@pec.cortecostituzionale.it](mailto:g.canale@pec.cortecostituzionale.it)"; chiediamo di confermare se per la partecipazione la pec [segreteria.generale@pec.cortecostituzionale.it](mailto:segreteria.generale@pec.cortecostituzionale.it)", sia quella corretta.

*Si rinvia al chiarimento fornito al quesito n. 44.*

1. Si chiede conferma che la voce “infortunio” nella sezione C.1 “Definizioni” del capitolato ricomprenda anche, quali lesioni fisiche obiettivamente constatabili, “la morte, l’invalidità permanente e l’inabilità temporanea”. In caso di risposta affermativa, si chiede di poter ricevere le specifiche per ogni voce di danno

*La richiesta non è pertinente in quanto, la definizione di infortunio è posta nelle definizioni, solo perché ricomprese in garanzia le spese mediche derivanti da malattia o infortunio.*

1. Nella sezione D.1, alla lettera A “Rimborso delle spese ospedaliere” sono ricomprese le spese per malattia oncologica. Si chiede conferma che le spese per visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa siano ricomprese in garanzia anche se la polizza risulta scaduta successivamente alla data di cessazione del ricovero.

*Broker: Si conferma*

1. Più in generale, si chiede conferma che le prestazioni pre e post ricovero, qualora in nesso di causa con l’evento principale avvenuto in vigenza di polizza, siano considerate anch’esse in copertura nonostante il contratto sia scaduto o non ancora perfezionato.

*Le spese pre ricovero sono comunque svolte prima del ricovero che per essere in garanzia deve avvenire prima della data di scadenza del contratto; per le spese post si rinvia alla risposta al quesito n. 24.*

1. Nella sezione D.1, alla lettera E “Rimborso spese per trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio” si prevede l’applicazione di una franchigia di € 25,00 per ciclo di cura. Si chiede di precisare cosa debba intendersi per “ciclo di terapia” (es. numero di sedute, presenza di una o più prescrizioni mediche, ecc.).

*Il ciclo di terapia è prescritto dallo specialista. Pertanto, per l’applicazione della franchigia, più che alla fattura, si dovrebbe rinviare alla prescrizione medica (ed. 10 tens, 10 ultrasuoni, 10 tecar: si dovrebbe considerare un unico ciclo, anche se fatturato con più notule). Come da Capitolato tecnico iniziale, pag.19, essa è applicata solo se effettuata presso centri NON convenzionati.*

1. Si chiede conferma che le cure dentarie derivanti da infortunio siano comunque ricomprese in garanzia nella sezione D.1, alla lettera A “Rimborso delle spese ospedaliere”.

*Si conferma.*

1. Sezione C9) del capitolato Inclusione dei nuclei assicurati, pagamento e regolazione del premio. Si chiede conferma che nel caso di esclusioni, la Compagnia debba restituire la parte di premio ricevuta e non goduta in ragione di 1/360 del premio annuale del nucleo familiare escluso per ogni giorno di garanzia residua.

*Non si conferma. Il premio va restituito per ogni mese di garanzia residua (1/360 su base mensile e non 1/365 su base giornaliera).*

1. Sezione D.1.) lettera A) del capitolato – indennità sostitutiva. Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva non venga erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato.

*Si conferma che l’indennità giornaliera riguarda solo il ricovero salvo altre tipologie di rimborso previste dal contratto per il recupero (ad esempio, trattamenti fisioterapici).*

1. Sezione D.1.) lettera C) del capitolato Visite specialistiche. Si chiede conferma che siano da considerare indennizzabili ai sensi di polizza anche quelle erogate a distanza per il tramite di dispositivi tecnologici che consentano al professionista di operare a distanza (c.d. Telemedicina).

*Questo aspetto potrà essere oggetto di approfondimento in sede di negoziazione e dunque potrebbe essere recepito nel Capitolato tecnico finale.*

1. Nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, si chiede conferma che la fattura che dovrà essere presentata dall’Assicurato dovrà contenere il dettaglio dell’importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

*Si conferma.*

1. Sezione D.1.) lettera D) del capitolato Lenti. Si chiede conferma che:
   * siano incluse le montature (ad eccezione dell’acquisto della sola montatura)

*Non si conferma. Le montature sono escluse.*

* + siano escluse le lenti “usa e getta”

*Non si conferma: fatta salva la “modifica visus”, o “primo paio di lenti”, le lenti a contatto sono rimborsate (usa e getta, mensili, trimestrali, etc.).*

* + sia previsto solo il regime rimborsuale

*Non si conferma: se trattasi di strutture convenzionate è previsto anche il regime di rimborso diretto.*

* + la modifica del visus dovrà essere successiva all’ingresso in copertura dell’assicurato.

*No.*

* + la modifica del visus debba essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto

*No.*

* + l’acquisto degli occhiali/lenti debba avvenire in vigenza contrattuale

*Si conferma.*

1. Sezione D.1.) del capitolato Rimborso per trattamenti fisioterapici resi necessari a seguito di infortunio: Si chiede conferma che le prestazioni possano essere effettuate solo presso Centri medici e che siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento

*Si conferma che non sono escluse le prestazioni estetiche nei casi in cui la tipologia di infortunio le renda indispensabili.*

1. Sezione D.1.) lettera A) e sezione D.1.) del capitolato Rimborso per trattamenti fisioterapici resi necessari a seguito di infortunio. Si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea: dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nella sezione “A) ospedaliere, punto 1) dei trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'Albo (descritti nella sezione “C) visite specialistiche” punto 1) i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 150 giorni successivi al ricovero) come conseguenza di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, mentre i secondi solo se prescritti a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l’assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero).

*Non si conferma. Le spese per la patologia derivante da infortunio sono rimborsabili sia nella Garanzia A), punto c) nei 150 gg successivi al ricovero con indennizzo al 100%, sia nella Garanzia E) con massimale di 500 euro annuali, a nucleo familiare.*

1. Con riferimento ai primi si chiede inoltre conferma che decorso il termine di 150 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la garanzia di cui al punto D “Rimborso per trattamenti fisioterapici resi necessari a seguito di infortunio”.

*Si conferma.*

1. Sezione D.1.) lettera F) del capitolato Rimborso spese per Long Term Care (LTC). Si chiede conferma che la garanzia operi in caso d’infortunio o malattia per il quale derivi all’Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.

*Non si conferma e si rinvia alla sezione D, art. D1, punto f del Capitolato tecnico inziale.*

1. In merito a quanto disposto nella sezione B del “Capitolato Tecnico Iniziale” si chiede conferma che, ove dovesse aumentare il numero dei soggetti assicurati, aumenterà anche il valore stimato dell’appalto e che tale aumento non potrà, comunque, eccedere i due quinti dell’ammontare contrattuale.

*In concreto, si presume che il valore stimato dell’appalto sia sufficiente a far fronte a eventuali variazioni, anche in aumento, degli assicurati. In linea di principio, si conferma che eventualmente, in caso di aumento dei soggetti assicurati, il valore stimato dell’appalto potrebbe aumentare, ove risultasse non sufficiente, fino ai due quinti dell’ammontare contrattuale.*

1. Con riferimento al servizio di Presidio tecnico indicato nel Capitolato si chiede conferma che lo stesso possa essere svolto anche da personale esterno non dipendente della compagnia aggiudicataria.

*Si conferma*

1. Si chiede all’Ente di mettere a disposizione le Statistiche sinistri relative al 2021 aggiornate al 30/04/22 o al 31/03/22.

*Si rinvia alla risposta al quesito n. 27.*

1. Il Capitolato Tecnico Iniziale, alla pagina 5, sezione B – Quantitativi, prevede la “*facoltà dell’Amministrazione contraente, nel caso in cui prima del decorso del termine di durata del Contratto sia esaurito o il quantitativo complessivo o i singoli quantitativi afferenti a ciascuna categoria, chiedere all’Assicuratore un incremento dei servizi fino alla concorrenza di due quinti dei predetti quantitativi ai sensi dell’art. 27, comma 3, D.M. 28.10.1985*”. Si chiede conferma che tale facoltà consista nella possibilità, per la Stazione Appaltante, di includere nella copertura nuclei familiari anche in numero superiore ai 444 previsti in Capitolato, corrispondendo per ogni unità eccedente il premio annuo lordo offerto anche se questo determini un aumento dell’importo di aggiudicazione complessivamente stimato.

*Si conferma. E si rinvia a quanto indicato nella risposta al quesito n. 67.*

1. Si chiede conferma che l’importo stimato per il triennio non sia comprensivo degli eventuali aumenti di prezzo determinati dalla volontà della S.A. di avvalersi della clausola di cui all’art. 27, comma 3, de. D.M. 28.10.1985.

*Si conferma.*

1. All’art. C.1 DEFINIZIONI a pag. 6" si legge: "Per Intervento chirurgico: “...” Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, fermo rimanendo quanto previsto al paragrafo D.1 punto B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica";"

In conseguenza di quanto previsto dalle Definizioni, le prestazioni endoscopiche verranno erogate come di seguito indicato:

* + Gli accertamenti endoscopici previsti dalla garanzia B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica" saranno rimborsati nei limiti di questa garanzia anche nel caso in cui sia previsto il prelievo bioptico.
  + Gli accertamenti endoscopici diversi da quelli previsti dalla garanzia B) Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica saranno erogati:
    - con la garanzia C) Rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici nel caso in cui non sia previsto il prelievo bioptico;
    - con la garanzia A) Rimborso delle spese ospedaliere nel caso in cui l'accertamento endoscopico, ancorché diagnostico, preveda il prelievo bioptico;
  + Le endoscopie operative saranno erogate con i limiti previsti dalla garanzia A) Rimborso delle spese ospedaliere.

Si chiede conferma all'Ente dell'interpretazione.

*Si conferma, fatto salvo il caso in cui il medico specialista richieda che detto accertamento avvenga in regime di ricovero. In detto caso la garanzia operante sarà la garanzia A. La fattispecie dell'accertamento endoscopico, ancorché diagnostico, che prevede il prelievo bioptico non espressamente prevista dal Capitolato tecnico iniziale, è valutabile in sede di negoziazione.*

1. L'art. E) a pag. 19 prevede il "Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio", si chiede conferma che per procedere all'indennizzo di tali trattamenti fisioterapici da infortunio sia necessario fornire il certificato di Pronto Soccorso attestante l'infortunio.

*Non si conferma. In alternativa al Certificato di pronto soccorso, si può produrre un modulo, concordato con la Compagnia, di autocertificazione attestante l’infortunio.*

1. All'art. F) Rimborso spese per Long Term Care (LTC) a pag. 19 si legge: "L'Assicuratore garantisce una rendita “...” in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa".

Si chiede conferma all’Ente che la Compagnia non fornirà tale garanzia a coloro che dovessero risultare in stato di non autosufficienza in un momento anteriore alla stipula del contratto o che dovessero risultare in stato di non autosufficienza a seguito di stati patologici manifestatisi in un momento anteriore alla stipula del contratto.

*Si conferma, Si precisa che la copertura è operante per lo stato di autosufficienza manifestatosi nel periodo di validità della polizza. NON vi è rilevanza invece sull’insorgenza degli stati patologici, che possono anche essere iniziati in periodo anteriore alla stipula del contratto assicurativo.*

1. A pag. 22 all’art. "D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI" si legge: "Sono esclusi dall'assicurazione: “...” d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni non funzionali, preesistenti, alla stipulazione del Contratto". Non essendo presente fra le definizioni quelle di difetto fisico e di malformazione e per evitare contenzioso in merito al significato da attribuire ai due concetti, proponiamo le seguenti definizioni:
   * Difetto fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
   * Malformazione: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

*Si prende atto delle indicazioni fornite che saranno valutate in sede di negoziazione per la loro inclusione nella versione finale del Capitolato tecnico.*

1. A pag. 22 all’art. "D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI" si legge: "Sono esclusi dall'assicurazione: “…” g) l'agopuntura non effettuata da medico".

Si chiede conferma all'Ente che le eventuali spese sostenute per l'agopuntura effettuata da medico debbano ritenersi in copertura solo a seguito di ricovero e più precisamente nell'ambito della garanzia "c) per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale medico autorizzato e per le cure termali ”...” sostenute nei “...” giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale".

*Si conferma e si precisa che sono anche incluse nell’articolo g2) opzione pocket prestazioni sanitarie di medicina alternativa).*

1. A pag. 29 alla Sezione G – CLAUSOLA BROKER si legge “L’Amministrazione valuterà in fase di negoziazione la possibilità di utilizzare in sede di esecuzione un broker assicurativo.” Si chiede conferma all’Ente che la provvigione dello 0,6% a carico dell’Assicuratore sia quindi da corrispondere solo in caso di attribuzione del contratto ad un broker e che nulla è dovuto alla Società European Brokers Assicurazioni per i servizi di consulenza per la procedura di selezione del contraente relativa alla presente procedura di gara.

*La provvigione dello 0,6% a carico dell’Assicuratore in favore della Società European Brokers Assicurazioni sarà comunque dovuta. In sede di negoziazione si valuterà con gli operatori economici l’ipotesi di rivolgersi ad un broker anche in sede di esecuzione.*

1. A pag. 5 all’art. 4. OGGETTO DELL’APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI è indicato il premio triennale complessivo a base d’asta pari a € 4.800.000,00.

Si chiede all’Ente di specificare i premi annui unitari previsti rispettivamente per i 222 Giudici costituzionali in carica, i 107 Giudici costituzionali emeriti con età inferiore ai 75 anni e i 115 Giudici costituzionali emeriti con età superiore ai 75 anni.

Si chiede altresì se tali premi siano interamente a carico della Corte Costituzionale o se sia previsto un contributo da parte dei Giudici e, in questo caso, a quanto ammonti la quota a loro carico.

*La richiesta è ben illustrata nella parte del capitolato all’articolo c.8 elementi per la determinazione del premio. Si veda anche pag.6 del disciplinare: “l’appalto è finanziato con fondi iscritti al bilancio della Corte e con contributi del personale assicurato.” Per quanto attiene invece l’ammontare della quota a carico degli assicurati, essa rientra esclusivamente nei rapporti interni tra l’amministrazione ed il dipendente.*

1. Relativamente alla contraenza della polizza si prega di confermare la possibilità di coinvolgere un ente assistenziale (Cassa, Fondo Sanitario iscritte all’Anagrafe dei Fondi) per consentire a codesta Amministrazione di usufruire dei vantaggi fiscali derivanti dall’applicazione della normativa vigente.

*Non si conferma.*

1. Si prega di confermare che, sia per la fase di offerta tecnica iniziale che per la fase di offerta finale, il concorrente singolo attualmente invitato possa candidarsi con un soggetto che si sia già prequalificato oppure con un soggetto che non si sia già presentato nella fase di prequalifica, ma che tuttavia sia in possesso dei requisiti di partecipazione richiesti agli operatori economici.

*Si conferma che un concorrente invitato possa presentare l’offerta sia come singolo operatore sia come raggruppamento con altro operatore invitato o con operatore non invitato. Nel caso di partecipazione in RTI con operatore non invitato, il mandatario deve essere il soggetto invitato. Il possesso dei requisiti del raggruppamento sarà verificato sulla base della normativa vigente.*

1. Si chiede di fornire le condizioni normative attualmente in corso dei piani sanitari.

*Si rimanda alla riposta al quesito n. 30.*

1. Si chiede di fornire le variazioni tra le coperture in corso e il capitolato di gara.

*Si rimanda alla riposta al quesito n. 30.*

1. Si chiede conferma che la Contraente del Piano Sanitario è la Compagnia che mette a disposizione una cassa di assistenza.

*Non si conferma. La cassa di assistenza è quella della Corte costituzionale.*

1. Si chiede conferma che la data di decorrenza della copertura è 31/12/2022.

*Si conferma.*

1. Si chiede conferma che dopo i 36 mesi non sono previsti rinnovi obbligatori da parte della Compagnia.

*Si conferma. Il quesito è ben chiarito dall’articolo c.5 - durata e decorrenza del contratto di assicurazione.*

1. Si chiede invio fac simile dell’offerta economica e dell’offerta tecnica.

*Si è già provveduto all’invio degli allegati in formato .doc.*

1. In riferimento ai requisiti di capacità tecnica professionale art. 7.3 del Disciplinare, lettera e), si chiede se la Compagnia può modificare i 3 servizi di copertura sanitaria indicati nella fase di prequalifica.

*L’operatore può modificare i servizi di copertura sanitaria indicati nella fase di prequalifica, purché si tratti di servizi svolti nell’arco temporale indicato e comunque anteriormente al termine di presentazione della manifestazione di interesse, onde evitare una violazione della par condicio che si verificherebbe nel caso in cui un operatore sanasse la mancanza di un requisito posteriormente al termine perentorio posto dagli atti di gara.*

1. In riferimento ai requisiti di capacità tecnica professionale art. 7.3 del Disciplinare, lettera e), si chiede se la Compagnia può indicare, tra i servizi di copertura sanitaria, anche la polizza della corte costituzionale detenuta nell’annualità 2019.

*Si conferma.*

1. Si chiede l’invio del fac smile domanda di partecipazione da caricare a Sistema in formato word.

*Si è già provveduto all’invio degli allegati in formato .doc.*

1. Si chiede invio dell'allegato 3 in formato word editabile per agevolarne la compilazione con particolare riferimento alle tabelle.

*Si è già provveduto all’invio degli allegati in formato .doc.*

1. In riferimento ai Giudici costituzionali in carica ed emeriti ed al personale in attività ed in pensione dell’Ente, si chiede di fornire:
   1. il premio unitario annuo lordo nucleo a base d’asta
   2. il premio unitario annuo lordo nucleo attualmente in corso e quello relativo alle annualità precedenti

*Si rinvia alla risposta al quesito n. 26 per la lettera b). Non sarà previsto un premio annuo lordo per singolo nucleo a base d’asta.*