



ATTIVITÀ DI COMMITTENZA AUSILIARIA, AI SENSI DELL'ART. 62, COMMA 10 DEL D. LGS. N. 36/2023, FINALIZZATA ALL'ACQUISIZIONE DEL CONTRATTO PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI ASSICURATIVI SANITARI IN FAVORE DEI DIPENDENTI, DEI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE E DEI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO DI EQUITALIA GIUSTIZIA S.P.A., SVOLTA TRAMITE PROCEDURA APERTA EX ART. 71 DEL CODICE DEI CONTRATTI PUBBLICI

**AVVISO N.3
CHIARIMENTI DI INTERESSE GENERALE**

CIG: B4145102D2



IL RESPONSABILE UNICO DEL PROGETTO

Vista la decisione di contrarre del 12.10.2024 assunta al **prot. n. 1678/2024** con la quale è stata autorizzata l'indizione procedura aperta indetta mediante ASP di Consip S.p.A. in nome e per conto di Equitalia Giustizia S.p.A. per la stipula di un contratto quadro pluriennale avente ad oggetto l'erogazione di servizi assicurativi sanitari in favore dei dipendenti, dei componenti del Consiglio di amministrazione e dei familiari fiscalmente a carico di Equitalia Giustizia S.p.A, tramite il portale acquistinretepa.it

RISCONTRA

gli operatori economici che hanno avanzato le proprie istanze di chiarimento nell'ambito della procedura **ASP n. 4785748** entro i termini temporali ivi previsti e

PUBBLICA

in favore della tutela degli interessi dei terzi – anche non direttamente richiedenti – i seguenti chiarimenti generali.



Richiesta n.9:

- 1) *Con riferimento all'articolo 8. "ANALISI ECONOMICA E VALORI DI GARA" a pagina 21 della "Relazione Tecnica generale", si chiede cortese conferma che il contributo annuo posto a base della presente procedura pari a € 2.050,00 sia comprensivo della quota di adesione alla Cassa di assistenza.*

- 2) *Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente di fornire il numero di assicurati che si trovano stabilmente all'Estero e quanti di essi solo per brevi periodi.*

- 3) *Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.1 "SEZIONE A: RICOVERO", alla sezione A.2 "Gravidanza e Parto cesareo o naturale" si legge:
"Le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) vengono riconosciute sempre al 100%, senza il limite cronologico dei 100 giorni prima del ricovero per parto e non si applicano le franchigie e scoperti previste al di fuori del circuito sanitario convenzionato." e successivamente si legge:
"Tutte le spese mediche di cui al I alinea, sostenute dall'insorgere della gravidanza fino all'evento del parto, sono rimborsate al 100% (senza applicazione di franchigie e scoperti). I massimali di cui al II e III alinea devono intendersi a copertura del solo evento parto (cesareo programmato o naturale).
Le limitazioni di cui al II e III alinea non riguardano né le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio né gli interventi e terapie mediche – anche precedenti al parto – effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni".
Si chiede cortese conferma che le spese alle quali si fa riferimento nell'estratto sopra riportato rientrino nel massimale previsto per l'Area Ricovero art. 4.1 "SEZIONE A: RICOVERO", sezione A.1 "Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio" pari Euro 250.000,00.*

- 4) *Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.1 "SEZIONE A: RICOVERO", sezione A.5 "Aumento di massimale per Gravi patologie" si chiede cortesemente di fornire un elenco esaustivo delle patologie da considerare ai fini dell'operatività di tale garanzia.*

- 5) *Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.2 "SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI", alla sezione B.2 "Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari e ambulatoriali", si legge:*



“Si specifica altresì che la garanzia di cui al numero 4 del presente titolo, fatta salva l’ipotesi dei soli soggetti riconosciuti portatori di handicap/invalidi civili ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, si intende prestata, nell’ambito del suddetto massimale pari ad Euro 3.000,00, con il massimale specifico di Euro 500,00 – inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – e con i seguenti scoperti e le franchigie”.

Si chiede cortese conferma che, in caso di soggetti riconosciuti portatori di handicap/invalidi civili ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, la garanzia trattamenti fisioterapici e riabilitativi, di cui al numero 3, opererà senza applicazione del massimale specifico di Euro 500 ed entro il massimale pari ad Euro 3.000,00 previsto per le garanzie di cui al presente articolo B.2.

6) Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.2 “SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI”, sezione B.3 “Cure dentarie da infortunio” si chiede cortese conferma che lo scoperto ed il minimo a carico dell’assistito ivi previsti siano da applicarsi per prestazione.

7) Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.2 “SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI”, sezione B.4 “Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica” si chiede cortese conferma che il limite “Resta a carico dell’Assicurato uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 50,00” previsto per le prestazioni aggiuntive eventualmente offerte dal concorrente in Offerta Tecnica sia da applicarsi per prestazione.

8) Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.3 “SEZIONE C: ALTRE SPESE MEDICHE”, alla sezione C.2 “Spese per lenti” si legge:

“Solo nei casi di infortunio o intervento di chirurgia refrattiva (laser a eccimeri) con modifica visus, sono rimborsate le spese per l’acquisto delle sole lenti e lenti a contatto, con il massimale di Euro 500,00, inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare, e con scoperto del 25% con il minimo di Euro 50,00”.

Si chiede cortese conferma sui punti di seguito indicati:

- 1. l’infortunio o l’intervento di chirurgia refrattiva (laser a eccimeri) con modifica visus debbano essere avvenuti in vigenza del presente contratto;*
- 2. l’infortunio debba aver determinato modifica visus e debba essere attestato da certificato di Pronto Soccorso;*
- 3. lo scoperto ed il minimo non indennizzabile ivi previsti debbano applicarsi per fattura/persona.*



9) Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, art. 4.3 “SEZIONE C: ALTRE SPESE MEDICHE”, sezione C.3 “Spese per protesi anatomiche, apparecchi acustici” si chiede cortese conferma che lo scoperto ed il minimo ivi indicati si applichino per fattura/persona. In caso di risposta negativa, si chiede cortesemente di indicare come devono essere applicati.

10) Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, per non incorrere in contenziosi, si chiede cortesemente di poter integrare l’art. 9.3 “Esclusioni dalla garanzia” con la seguente esclusione: “I ricoveri causati dalla necessità dell’Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell’Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.”.

11) Con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, per non incorrere in contenziosi, si chiede cortesemente di poter integrare l’art. 9.3 “Esclusioni dalla garanzia” 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, fatta eccezione per quanto previsto alle garanzie di cui agli artt. “B.3 Cure dentarie da infortunio”, “B.4 Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica” e “B.4.1 Prestazioni aggiuntive alle cure dentarie””.

12) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 3.2 “Decorrenza, inserimento in copertura e durata delle garanzie in relazione al singolo assistito e regolazione del premio”, si chiede conferma che, in attesa del ricevimento dell’elenco dei nominativi degli Assistiti, le garanzie si intendano operanti solo in forma rimborsuale, non essendoci la possibilità di verificare la copertura degli assicurati stessi.

13) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, sezione A.1 “Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio” punto 1, si chiede conferma che le prestazioni previste siano previste in forma esclusivamente rimborsuale a ricovero avvenuto ed in copertura con i limiti previsti al punto A.6 “Franchigie e Scoperti”.

14) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alla sezione A.1 “Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital



chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio” punto 4 si legge:

“spese per gli onorari di tutti i componenti l’equipe chirurgica - quali determinati dal 1° operatore in base alla buona prassi medica - e del personale di sala operatoria; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l’intervento”.

Si chiede conferma che tutti i soggetti indicati debbano essere risultanti da referto operatorio.

15) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, sezione A.1 “Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio” si legge:

“Ove tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero fossero a totale carico dell’Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un’indennità pari ad € 100,00 al giorno per una durata massima di 150 giorni”.

Si chiede cortese conferma che la durata massima di 150 giorni per l’indennità sia da intendersi per anno e per nucleo, coerentemente a quanto previsto per il massimale. Lo stesso vale per l’indennità prevista alla sezione A.4 “Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico”.

16) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alle sezioni A.1 “Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio” e A.4 “Ricovero o day Hospital senza intervento chirurgico” si legge:

“L’indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero”. Si chiede cortesemente di indicare quali siano le forme a cui si fa riferimento.

17) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alla sezione A.1 “Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio” si legge:

“In caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto, ovvero rimpatrio se avvenuto all’estero, della salma con un massimo di € 3.000,00 per evento”.

Si chiede conferma che il ricovero debba essere indennizzabile a termini di polizza.



18) *In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alla sezione A.4 “Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico” si legge:*

“in caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di Euro 3.000,00”.

Si chiede cortese conferma che il massimo di euro 3.000,00 sia da considerarsi per evento. Si chiede, inoltre, cortese conferma che il ricovero debba essere indennizzabile a termini di polizza.

19) *In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alla sezione A.3 “Aumenti di massimale per Grandi Interventi o trapianti di organi” si legge:*

“In aggiunta al riconoscimento delle spese sanitarie, se il ricovero per sottoporsi al Grande Intervento Chirurgico o trapianto viene programmato all'estero, le spese non strettamente sanitarie ma pertinenti l'evento di malattia (viaggio e permanenza all'estero dell'assistito e di un accompagnatore di sua scelta) vengono rimborsate all'80% col limite di € 20.000,00 per ricovero”.

Si chiede conferma che le spese di permanenza all'estero dell'assistito e di un accompagnatore siano riferite al solo periodo di ricovero.

20) *In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alla sezione A.4 “Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico” si legge:*

“Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad Euro100 al giorno per una durata massima di 150 giorni”.

Si chiede conferma i 150 giorni quali durata massima siano da considerare per anno/nucleo familiare.

21) *In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 “SEZIONE A: RICOVERO”, alla sezione A.6 “Franchigie e scoperti” si legge:*

“Nel caso invece di prestazioni effettuate fuori rete convenzionata i rimborsi sono soggetti a: per ricoveri, con o senza intervento, scoperto del 25% senza previsione di alcun massimale”.

Si chiede cortese conferma che il riferimento ad “alcun massimale” sia da intendersi come “massimo non indennizzabile a carico dell'assistito” e che, pertanto,



in caso di Ricoveri con o senza intervento rimanga a carico dell'assistito il solo scoperto del 25%.

22) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.1 "SEZIONE A: RICOVERO", alla sezione A.6 "Franchigie e scoperti" si legge:

"Tali importi resteranno a carico dell'assicurato ed opereranno per ogni singolo evento. Per gli Assicurati volontari (incluso il nucleo familiare fiscalmente a carico) di cui alla Tabella sub A allegata al Capitolato, le franchigie e gli scoperti applicati saranno i seguenti: scoperto del 15% con un minimo pari ad Euro 750,00, nel caso di prestazioni effettuate in Centri convenzionati; scoperto del 15% con un minimo pari ad Euro 1.500,00, nel caso di prestazioni effettuate fuori dai Centri convenzionati".

Si chiede cortese conferma che il minimo di Euro 750,00 e di Euro 1.500,00 sia riferito al minimo non indennizzabile a carico dell'assicurato. Si chiede inoltre conferma che i limiti sopra indicati siano riferiti ad ogni singolo evento.

23) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.2 "SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI", con riferimento alla sezione B1 "Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione" si chiede cortese conferma che per "terapia interferonica" si volesse intendere "terapia interferonica".

24) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.2 "SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI", con riferimento alla sezione B1 "Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione" si chiede cortese conferma che tutte le prestazioni endoscopiche in elenco siano di tipo diagnostico e che la laserterapia sia esclusivamente a scopo fisioterapico. Si chiede inoltre conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

25) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.2 "SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI", con riferimento alla sezione B.2 "Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari e ambulatoriali" si chiede cortese conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

26) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.2 "SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI", con riferimento alla sezione B.2



“Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari e ambulatoriali” si chiede conferma che lo scoperto del 25% con un minimo di Euro 50 per le prestazioni effettuate fuori rete, sia da applicarsi:

- per prestazione, relativamente alle prestazioni previste ai punti 1 e 2 del sopra indicato articolo;*
- per fattura/persona, relativamente alle prestazioni previste al punto 3 del sopra indicato articolo.*

27) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.2 “SEZIONE B: PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI”, con riferimento alla sezione B.2 “Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari e ambulatoriali” si chiede cortese conferma che per l’attivazione della garanzia sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, per tutte le prestazioni previste ai punti 1,2 3.

28) In relazione al PROGETTO ART.41 _prot.1672, Art. 4.3 “SEZIONE C: ALTRE SPESE MEDICHE”, alla sezione C.4 “Rimborso Ticket SSN” si legge:

“I Tickets del SSN relativi a tutte le prestazioni coperte dalla garanzia vengono rimborsati al 100%. Sono comunque esclusi dal rimborso i ticket relativi ai medicinali mutuabili, salvo che nei 100 giorni precedenti e successivi un ricovero”.

Si chiede cortese conferma che sia ivi previsto il rimborso al 100% dei ticket relativi alle prestazioni coperte dal piano in oggetto, entro i massimali delle rispettive garanzie.

29) Ai fini della corretta valutazione e per evitare contenziosi, con riferimento al PROGETTO DEL SERVIZIO, si chiede cortese conferma che, in caso di prestazioni effettuate fuori rete convenzionata di cui ai punti A.1 “Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio”, A.2 “Gravidanza e Parto cesareo o naturale” e A.4 “Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico”, sia necessaria la seguente documentazione:

- in caso di ricovero e day hospital, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all’originale;*
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica, conforme all’originale.*

30) All’Art. 16 “OFFERTA TECNICA” del Disciplinare di gara, si legge:

“Si precisa che la Scheda tecnica presente a Sistema e la dichiarazione “Offerta Tecnica” generata dal Sistema contengono una versione sintetica dei soli Sub-Criteri



di valutazione di natura quantitativa/tabellare, la cui versione estesa è riportata al successivo paragrafo all'interno della "Tabella di Valutazione dell'Offerta Tecnica".

Nella medesima tabella sono riportati anche i Sub-Criteri di valutazione di natura discrezionale (oggetto di relazione tecnica da parte dell'operatore economico) che non sono invece presenti a sistema in quanto oggetto di valutazione da parte della Commissione Aggiudicatrice".

Si chiede cortese conferma che il riferimento a "Sub-Criteri di valutazione di natura discrezionale oggetto di relazione tecnica da parte dell'operatore economico" sia un refuso in quanto la "Tabella di Valutazione dell'Offerta Tecnica" di cui all'Art. 18.1 del Disciplinare e l'articolo 18.2 "Metodo di attribuzione del coefficiente per il calcolo di punteggio dell'offerta tecnica" contengono solo elementi quantitativi "Q" e tabellari "T" con i rispettivi specifici punteggi, per un punteggio complessivo di 70 punti per l'Offerta Tecnica.

Chiarimento n.9:

Quesito n. 1

Si conferma.

Quesito n. 2

Allo stato attuale, n.1 dipendente si trova stabilmente all'Estero.

Quesito n. 3

Le spese relative alla gravidanza (visite, ecografie e accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) rientrano nei massimali di cui ai punti B.1 e B.2; le spese di cui al II e III alinea rientrano nei massimali ivi indicati; le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio né gli interventi e terapie mediche – anche precedenti al parto – effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni rientrano nei massimali 4.1 o B.1 o B.2, secondo la prestazione necessaria.

Quesito n. 4

Per "Gravi patologie" si intendono *le patologie diagnosticate non trattabili tramite intervento chirurgico ma comportanti il rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti.*

Quesito n. 5

Si conferma - Il n. 4 trattasi di un refuso, il sotto-limite si riferisce al n. 3.



Quesito n. 6

Si conferma.

Quesito n. 7

Si conferma.

Quesito n. 8

1. Si conferma.
2. Si conferma.
3. Lo scoperto si applica per prestazione.

Quesito n. 9

Lo scoperto si applica per prestazione.

Quesito n. 10

Non si conferma in quanto non è possibile effettuare integrazione al Progetto di servizio, eccetto le offerte migliorative di cui all'offerta tecnica.

Quesito n. 11

Non si conferma in quanto non è possibile effettuare integrazione al Progetto di servizio, eccetto le offerte migliorative di cui all'offerta tecnica.

Quesito n. 12

Le garanzie dirette devono essere garantite dal momento della trasmissione dell'elenco dei nominativi degli Assistiti.

Quesito n. 13

Non si conferma, le prestazioni possono essere effettuate anche in forma diretta.

Quesito n. 14

Non si conferma, fa fede la fattura di spesa.

Quesito n. 15

Si conferma.

Quesito n. 16

Si veda il punto A.6. del Progetto tecnico del servizio.



Quesito n. 17

Si conferma.

Quesito n. 18

Si conferma.

Quesito n. 19

Si conferma.

Quesito n. 20

Si conferma.

Quesito n. 21

Si conferma.

Quesito n. 22

Si conferma.

Quesito n. 23

Si conferma.

Quesito n. 24

La laserterapia può avere anche scopo antalgico. Per il resto si conferma.

Quesito n. 25

Si conferma.

Quesito n. 26

- a. Si conferma.
- b. Lo scoperto si applica per prestazione.

Quesito n. 27

Si conferma.

Quesito n. 28

Si conferma.



Quesito n. 29

Si conferma, ma la conformità all'originale può essere dimostrata con autodichiarazione.

- a. Si conferma, ma la conformità all'originale può essere dimostrata con autodichiarazione.

Quesito n. 30

Il riferimento a "Sub-Criteri di valutazione di natura discrezionale oggetto di relazione tecnica da parte dell'operatore economico" non si applica per la valutazione dell'offerta tecnica.

Richiesta n.10:

Spett.le Stazione Appaltante,

1. *Nella garanzia "A.2 Gravidanza e Parto cesareo o naturale" non si specifica per quanto tempo (età del nascituro) è possibile richiedere le spese per il nascituro. "Le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) vengono riconosciute sempre al 100%. Non opera senza il limite cronologico dei 100 giorni prima del ricovero per parto e non si applicano le franchigie e scoperti previste al di fuori del circuito sanitario convenzionato."*

2. *Si prega di indicare dove si trova all'interno del capitolato tecnico l'art. 3.3 citato sia nella pagina 14 riferito al punto "B.2 Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari e ambulatoriali" sia all'interno della pagina 36 riferito alle "prestazioni sanitarie per aderenti volontari"*

3. *Con riferimento all'art "B4. Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica" della pagina 14 del capitolato tecnico, si chiede di confermare che la franchigia di € 50,00 è applicata sia alle prestazioni del punto a) che del punto b).*

Chiarimento n.10:

Quesito n. 1

Il termine è alla nascita, ossia quando il neonato cessa di essere nascituro.

Quesito n. 2

È un refuso in quanto il riferimento all'art. 3.3 va letto come "art. 5 – Prestazioni assicurate".

Quesito n. 3

La franchigia è applicata per anno cumulativa per entrambi i punti.

Richiesta n.11:

Si prega di confermare che, nell'ipotesi in cui il soggetto offerente sia un ente assistenziale in forma singola in possesso dei requisiti prescritti dalla lex specialis di gara e dalla normativa ai fini degli aspetti fiscali e contributivi, che si obblighi attestando l'impegno tramite apposita dichiarazione a stipulare, a garanzia dell'erogazione del servizio, una polizza assicurativa con primaria compagnia assicurativa in possesso di tutti i requisiti e già individuata in fase di presentazione dell'offerta, non sia necessario ricorrere al subappalto per le prestazioni e i servizi resi dalla medesima tramite la struttura gestionale tipica dell'impresa assicurativa, comprensiva anche di eventuali accordi di esternalizzazione previsti e autorizzati dall'IVASS ai sensi della normativa di settore.

Chiarimento n.11:

Si veda il Chiarimento n.3 pubblicato in data 28.11.2024 e assunto al prot. 1944/2024.

Richiesta n.12:

Si chiede conferma che il file "PROTOCOLLO LEGALITA' EQG" pubblicato corrisponda al "Modello Organizzativo 231" indicato a pagina 29 del Disciplinare di gara tra i documenti facenti parte della "Documentazione amministrativa" da produrre ai fini della partecipazione di gara.

In caso contrario si chiede di rendere disponibile il suddetto Modello Organizzativo 231.

Chiarimento n.12:

Si conferma che il file "PROTOCOLLO LEGALITA' EQG" pubblicato sia il "Modello Organizzativo 231" indicato tra i documenti facenti parte della "Documentazione amministrativa" da produrre.

Il Responsabile Unico del Progetto
Ing. Giovanni Leone