



**QUESITI RELATIVI ALLA
PROCEDURA DI GARA APERTA
PER SERVIZIO DI ASSICURAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA
PER I DIPENDENTI**

QUESITO 1: *Viene richiesta la statistica sinistri al fine di una corretta valutazione del rischio.*

RISPOSTA: In riferimento alla richiesta formulata si fornisce prospetto con le indicazioni dei sinistri relativi all'anno 2014. Il Prospetto è visionabile al seguente link:

<http://www.filse.it/images/all.quesito1.pdf>

QUESITO 2: *Si segnala che quanto indicato al punto 25, pg10, del modello 2 “dichiara di aver preso atto dell’obbligo in caso di aggiudicazione di rimborsare le spese per la pubblicità legale sui quotidiani, stimate in circa euro 3.000, entro 60 giorni dalla data di aggiudicazione definitiva efficace”, non trova corrispondenza nel Disciplinare di gara. Al riguardo si richiede il significato di tale specifica.*

RISPOSTA: In riferimento alla richiesta formulata si comunica che ai sensi dell’art.1.2 del Disciplinare di gara, i modelli allegati fanno parte integrante e sostanziale del disciplinare. In ogni caso con riferimento alle spese di pubblicità legale sui quotidiani, queste sono dovute ai sensi della legge 221/2012, comma 35.

QUESITO 3: *Con riferimento al Bando di gara si richiedono i seguenti chiarimenti:*

1. *Si chiede conferma che, qualora il Fondo Sanitario partecipi alla procedura in oggetto come concorrente singolo, possa poi – in caso di aggiudicazione dell’appalto – assicurare il rischio con una compagnia di assicurazione;*
2. *Si chiede conferma che – in caso di aggiudicazione del bando ad un Fondo Sanitario – il contratto verrà personalizzato in funzione della natura giuridica dell’aggiudicatario (ad esempio il termine “Società” verrà sostituito con “Fondo”);*
3. *Si chiede conferma che, qualora il Fondo Sanitario partecipi come concorrente singolo, il requisito di “avere eseguito precedenti contratti di servizi analoghi (servizi assicurativi relativamente al ramo malattia)” sia soddisfatto se il Fondo (che non è autorizzato nel ramo malattia in quanto non compagnia di assicurazione) abbia raccolto contributi per coperture malattia, come confermato dai bilanci richiesti a comprova del requisito;*
4. *Si chiede conferma che per bilanci ufficiali si intendano copie degli stessi con dichiarazione di conformità agli originali rilasciata dal legale rappresentante del concorrente.*

RISPOSTA: In riferimento alla richiesta formulata si comunica quanto segue:

- 1) Vi diamo conferma che in caso il Fondo Sanitario partecipi alla procedura come concorrente singolo può in caso di aggiudicazione assicurare il rischio con una compagnia di assicurazione. Resta fermo che, in caso di aggiudicazione il contraente tenuto ad adempiere, per F.I.L.S.E., rimane esclusivamente il Fondo Sanitario alle condizioni stabilite dal contratto concluso con



- FI.L.S.E. ed indipendentemente dalle condizioni dell'eventuale assicurazione stipulata dal Fondo;
- 2) In caso di aggiudicazione ad un Fondo Sanitario il contratto verrà personalizzato in relazione alla denominazione giuridica dell'aggiudicatario;
 - 3) Si dà conferma che il punto 3 della vostra richiesta è soddisfatto se il Fondo abbia raccolto contributi per copertura malattia, come confermato dai bilanci richiesti a comprova del requisito;
 - 4) Si dà conferma che per i bilanci ufficiali si intendono le copie degli stessi con dichiarazione di conformità
-

QUESITO 4: In relazione alla copertura in oggetto, si richiede il seguente chiarimento:

In relazione al requisito di idoneità professionale pag. 6 del Disciplinare di gara al punto 2.2. lett. b.2) "Per le Casse di Assistenza: (i) „, Omissis (iii) adozione per l'anno 2015 del documento programmatica sulla sicurezza dei dati (DPS)", si segnala a codesto rispettabile Ente che l'adozione del DPS era un obbligo previsto dal D.Lgs 196/2003 (normativa sulla protezione dei dati personali). Detto obbligo esisteva per tutte le imprese, lavoratori autonomi, enti o associazioni che trattano i dati personali - anche sensibili, giudiziari o con strumenti elettronici - ed è venuto meno a seguito del Decreto Legge n. 5 del 9 febbraio 2012, convertito dalla legge n. 35 del 4 aprile 2012. Conseguentemente, anche al fine di evitare un eccessivo restringimento del numero di partecipanti, si chiede di voler confermare che detto documento deve intendersi non obbligatorio ai fini della partecipazione alla gara,

RISPOSTA: In relazione al quesito formulato si conferma che il documento indicato deve intendersi non obbligatorio ai fini della partecipazione della gara.

QUESITO 5: Si formula richiesta di chiarimenti in merito a taluni aspetti della lex specialis di gara.

1. *In primis, in relazione al punto 1.5 dell'art. 1 del disciplinare di gara, si prega di confermare che il contributo di euro 900,00 si riferisca al nucleo familiare fiscalmente a carico e, a tal proposito, chiediamo di fornire una precisa definizione di nucleo familiare, in guisa tale da individuare tutti i soggetti componenti.*
2. *Si domanda, inoltre, di indicare da quanti anni è attiva la copertura e se la copertura per la quale è stata indetta la selezione sia uguale alle precedenti. In caso negativo si prega di specificare le differenze.*
3. *Al fine di formulare un'offerta congrua che possa soddisfare le aspettative di Filse, si chiede di fornire le statistiche dei sinistri dell'ultimo triennio.*
4. *Per ciò che attiene il numero dei dipendenti, si chiede di precisare il numero di quelli attivi ad oggi e nei due anni precedenti.*
5. *Sotto il profilo dell'estensione della copertura, preghiamo di indicare per quanti familiari non fiscalmente a carico è stata estesa la copertura nell'annualità in corso e nei due anni precedenti, con il dettaglio del numero dei coniugi/conviventi, dei figli e degli altri familiari.*
6. *Sempre in relazione all'estensione della copertura ai familiari, domandiamo se possa avvenire in qualsiasi momento oppure se sono previste delle finestre temporali (a titolo esemplificativo, è prevista l'iscrizione in corso d'anno in vista di un ricovero da fare il giorno successivo all'iscrizione?).*
7. *Infine, si prega di indicare se in caso di estensione ai familiari la copertura sia valida senza periodi di carenze e se la copertura è valida anche per le patologie pregresse/già conosciute e gli infortuni già avvenuti.*



RISPOSTA: In risposta a quanto richiesto, si comunica:

- 1) La definizione degli assistiti è insita nell'art. 2 del capitolato speciale ed il disciplinare al punto 5 è da intendere riferito ad essa.
- 2) Presso la nostra sede sono disponibili copia delle precedenti polizze.
- 3) Vedi Allegati.
<http://www.filse.it/images/all.quesito5.pdf>
- 4) Anno 2013 70 dipendenti; anno 2014 73 dipendenti; anno 2015 70 dipendenti
- 5) Anno 2013 5 familiari non a carico paganti; anno 2014 5 familiari non a carico paganti; anno 2015 n. 3 familiari non paganti.
- 6) E' prevista contrattualmente una data entro la quale deve essere fatta l'estensione per l'anno successivo, salve le deroghe indicate nell'art. 7 coincidente con il primo giorno di efficacia della copertura.
- 7) Non sono previste carenze e per le patologie già conosciute si debba operare se si tratta di patologie per le quali l'interessato era già stato in copertura con il precedente assicuratore.

QUESITO 6: *Si richiede di voler fornire i seguenti chiarimenti:*

1. *Al fine di una più accurata valutazione del rischio, si richiede la statistica sinistri, per la popolazione oggetto del presente bando di gara, relativa*
 - a. *alla copertura attualmente in corso*
 - b. *ai precedenti anni di copertura nonché le differenze tra*
 - c. *la copertura attualmente in corso e il presente capitolato*
 - d. *la copertura attualmente in corso e quelle precedenti.*
2. *Poiché si ritiene necessario avere a disposizione maggiori dettagli in merito agli assicurati, si chiede all'Ente di fornire*
 - a. *le anagrafiche dei dipendenti attivi*
 - b. *le anagrafiche di coniugi e figli del dipendente attivo, compresi nel nucleo fiscalmente a carico, che hanno diritto alla copertura assicurativa*
 - c. *le anagrafiche dei familiari non fiscalmente a carico del dipendente attivo che hanno diritto alla copertura assicurativa*
 - d. *la distribuzione geografica della popolazione oggetto di copertura.*
3. *All'Art 1 Premesse del Disciplinare gara servizio assicurazione, punto "1.4 Oggetto dell'appalto e durata dell'appalto" si legge "La durata del contratto è fissata in un anno a decorrere dalle ore 00:00 del 01/01/2016 rinnovabile al termine di ogni anno fino ad un massimo 3 anni complessivi". Similmente, all'Articolo 3 - Durata del contratto" dello Schema di contratto, punto 3 a pag. 3 si legge "Alla scadenza del contratto, FILSE si riserva la facoltà di rinnovarlo alle medesime condizioni per un ulteriore periodo complessivo di 24 (ventiquattro) mesi. La richiesta di rinnovo avverrà, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata, almeno 60 giorni prima del termine del contratto originario e, successivamente, al termine di ogni anno contrattuale. Si chiede conferma che tale continuazione del servizio, nonché le relative modalità, debbano essere concordate con l'aggiudicataria.*
4. *Al comma 5 di pag. 3 del Punto "A- PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" dell'Art. 4 - PRESTAZIONI", si legge "(...) vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 55,00 e con un massimo di 30 gg.; (...)"*. Si chiede cortesemente di

confermare che il limite massimo indicato di 30 giorni/ possa essere inteso per anno assicurativo e per nucleo familiare.

5. L'articolo "C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" previsto a pag. 4 del Capitolato Tecnico, recita: "(...)La (.....) inoltre corrisponde — nei casi di cui sopra - le spese sostenute per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché la "differenza di classe" relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) senza applicazione di alcuno scoperto". Si ritiene che nel caso di ricovero o day Hospital che non comporti intervento chirurgico le spese sostenute nei 120 gg. successivi e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero o il day hospital stesso, possano essere liquidate solo per spese inerenti terapie oncologiche, come indicato al comma 2) di pag. 3 del punto "A- PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA" dell'Art. 4 - PRESTAZIONI". Si chiede cortese conferma.
6. Con riferimento all'articolo "D - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI" e più precisamente al comma "1) PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE" si propone a codesta Spettabile Società Appaltante di considerare la LASERTERAPIA soltanto a scopo Fisioterapico o antalgico. Si chiede cortese conferma.
7. Con riferimento all'articolo "D - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI" e più precisamente al comma "2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE" si chiede conferma che le "terapie prescritte da medico specialista" di cui al punto IV, siano da intendersi quali le seguenti:
 - le prestazioni fisioterapiche effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato, in applicazione di quanto previsto all' "ART. 5 – PRESTAZIONI ESCLUSE" a pag. 7 del Capitolato;
 - l'agopuntura se effettuata da medico, in applicazione di quanto previsto all' "ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE" a pag. 7 del Capitolato.
 - Si ritiene inoltre che non rientrino in garanzia le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medicali hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico, sempre in applicazione di quanto previsto all' "ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE" a pag. 7 del Capitolato. Si chiede cortese conferma delle interpretazioni sopra esposte.
8. All'art. "G - LENTI E OCCHIALI" si legge: "(...) Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di € 25,00 per ciascuna fornitura. Si chiede cortese conferma che lo scoperto di € 25,000 possa essere applicato per fattura e/o per scontrino parlante e per persona, ferme le altre condizioni già previste in garanzia.
9. Con riferimento all' "ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE", si chiede cortesemente di confermare:
 - che possano intendersi escluse le prestazioni non riconosciute dalla Medicina Ufficiale, fatta eccezione per l'Agopuntura se effettuata da medico, in applicazione di quanto previsto dal medesimo articolo
 - che la "psicoterapia ancorchè effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta, possa ritenersi esclusa in quanto non espressamente prevista da alcuna garanzia del Capitolato.
10. In relazione all' "ART. 6 - CRITERI E MODALITA' DI RIMBORSO" si propongono le seguenti modalità che si ritiene possano semplificare le richieste di rimborso da parte dell'Assistito:
 - l'Assistito inoltrerà la documentazione di spesa e la documentazione clinica in originale, solo dietro espressa richiesta da parte della Società; in questi casi la documentazione in originale sarà restituita all'Assistito, al termine della valutazione da parte della Società.
 - per ottenere l'applicazione di un solo scoperto per ciclo di cura per le prestazioni di cui alla lettera D, punti 1 e 2, e lettera H, si conviene che l'Assistito inoltri le richieste di rimborso delle spese sostenute in un unico invio. Rimane altresì inteso che qualora i cicli di terapia



siano effettuati su più annualità assicurative, ciascuno, secondo la data di effettuazione, sarà imputato all'annualità assicurativa di competenza e pertanto liquidato nel limite del relativo massimale.

RISPOSTA: In risposta a quanto richiesto, si comunica:

- 1) Vedere allegati precedenti
 - 2) Non vengono fornite le anagrafiche
 - 3) L'aggiudicataria si impegna per i tre anni e sarà Filse a decidere il proseguimento del contratto.
 - 4) Si conferma per il punto 4 che è inteso per i 30 giorni ma per singolo assicurato e non per nucleo familiare
 - 5) Si rimanda a quanto riportato nel capitolato
 - 6) Si rimanda a quanto riportato nel capitolato
 - 7) Si rimanda a quanto riportato nel capitolato
 - 8) Si riporta a quanto specificato nel capitolato specificando che lo scoperto è da considerarsi per prestazione e non per fattura scontrino.
 - 9) Si rimanda a quanto specificato nel capitolato
 - 10) Si rimanda a quanto specificato nel capitolato
-