



CHIARIMENTI

Gara Europea a procedura aperta ai sensi dell'art. 60, D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. per l'affidamento della Polizza sanitaria – RSMO – rimborso spese medico ospedaliere CIG: 8865160177 CUI S00518460019202100073

Quesito n. 2

In relazione alla procedura in oggetto, al fine di avere informazioni utili per la partecipazione alla gara, chiediamo di voler cortesemente fornire i seguenti chiarimenti:

- 1) Poiché si ritiene necessario avere a disposizione maggiori dettagli in merito agli assicurati si chiede all'Ente di fornire la suddivisione del personale tecnico amministrativo sulla base del genere e dell'età (o fasce d'età).

Capitolato Speciale d'Oneri

- 2) Al punto "a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico" e al punto "b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico", dell'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", a pag. 5, si chiede conferma che le uniche prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito del ricovero siano gli interventi chirurgici ambulatoriali.
- 3) Al punto "a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico" e al punto "b. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico", dell'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", a pag. 5, si legge che "Per prestazioni effettuate in convenzionamento verrà applicata una franchigia di € 1.000 euro per singolo ricovero in Istituto di cura e di € 500 per singolo ricovero in ambulatorio". Relativamente al parto cesareo e al parto non cesareo si legge "Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 1.000,00 per evento". Si chiede conferma dell'interpretazione per cui in caso di convenzionamento, le prestazioni relative a parto cesareo e parto non cesareo saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 1.000€.
- 4) Con riferimento alla medicina preventiva all'art. 3 lettera e), pagg. 8 e 9, si chiede conferma che le prestazioni debbano essere effettuate da ciascun assicurato in unica soluzione, una volta all'anno, solo in strutture sanitarie convenzionate con la Società e che a carico dell'assicurato rimanga il solo scoperto del 25%, minimo € 26,00, determinato sull'importo totale delle prestazioni eseguite, entro il massimale di 250€ per nucleo.
- 5) Con riferimento agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia all'art. 3 lettera c) a pag. 6 si legge "[...] la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 1.100,00 per singolo occhio, per anno assicurativo e per nucleo familiare [...]". Si chiede conferma che si intenda un massimale di 2.200€ per anno assicurativo e nucleo familiare.

Risposta n. 2

- 1) I dati richiesti riguardanti il personale tecnico-amministrativo (aggiornati al 30.06.2021) sono stati pubblicati sulla Piattaforma Telematica di Negoziazione all'indirizzo <https://polito.ubuy.cineca.it/PortaleAppalti/it/homepage.wp?> e sul Portale di Ateneo all'indirizzo: https://www.swas.polito.it/services/gare/Default.asp?id_documento_padre=198063
- 2) si conferma con riferimento al solo punto "a";



- 3) si conferma;
- 4) con riferimento alla medicina preventiva, art. 3 lettera e), si conferma che le prestazioni verranno esclusivamente effettuate in regime di convenzionamento sino ad un massimo di spesa per anno assicurativo e per nucleo familiare di € 250,00, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, minimo € 26,00 per ciascuna richiesta di rimborso. Non si conferma che dette prestazioni debbano essere effettuate da ciascun assicurato in unica soluzione, una volta all'anno;
- 5) si conferma.

Quesito n. 3

Spett.le Stazione Appaltante,

(I) in merito al requisito di capacità tecnico-professionale ex art. 6.5 punto n. 2 del Disciplinare ed in particolare riguardo alla modalità di comprova ivi prevista comprova del requisito di cui al precedente punto 2. (rete di strutture sanitarie) è fornita mediante certificati rilasciati dalle strutture convenzionate attestanti il tipo di servizio fornito, si chiede di confermare se la suddetta comprova possa ritenersi assolta presentando gli elenchi delle strutture convenzionate.

(II) In relazione a quanto riportato nel Capitolato Speciale d Oneri relativamente al Fondo Sanitario, ex art. 1 del CSO DEFINIZIONI, della SEZIONE I NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO si legge Il Fondo Sanitario _____ - individuato dalla Compagnia Assicuratrice e necessariamente Iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 Marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 - che stipula la polizza per conto dell'Associato, si chiede gentile conferma che:

(*) il Fondo Sanitario/Cassa debba solamente assumere la contraenza del contratto;

(**) il Fondo Sanitario/Cassa contraente della polizza verrà individuato dall'aggiudicatario;

(***) l'indicazione dello stesso dovrà essere effettuata solo successivamente in caso di aggiudicazione dell'appalto e non già in sede di presentazione dell'offerta.

Risposta n. 3

(I) la comprova del requisito si intende assolta presentando gli elenchi delle strutture convenzionate o la copia dei contratti di convenzionamento firmati dalle strutture sanitarie.

(II) (*) Si conferma.

(**) (***) Si conferma che il Fondo Sanitario/Cassa contraente della polizza verrà individuato dall'aggiudicatario e che l'indicazione dello stesso potrà essere effettuata successivamente all'aggiudicazione e prima della stipula del contratto.