



Torino, 21 marzo 2018

## **CHIARIMENTO N. 32**

**OGGETTO: Procedura aperta ai sensi dell'art. 60, D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii per l'affidamento dei Servizi Assicurativi di Ateneo. LOTTO 6 – CIG: 7382610280**

### **Quesito:**

In relazione alla gara in oggetto, al fine di poter presentare la nostra migliore offerta, chiediamo di voler cortesemente fornire i seguenti chiarimenti:

#### CAPITOLATO DI POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

1. All'art. "1. DEFINIZIONI", della "SEZIONE I – NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO", a pagina 2, si legge la seguente definizione:

"Contraente: Il fondo Sanitario \_\_\_\_\_ 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 conferma che il premio annuo di € 1.000,00 per il dipendente riportato nell'articolo "6. CALCOLO DEL PREMIO", a pagina 14, non comprenda l'eventuale quota associativa alla Cassa/Fondo iscritto all'anagrafe che stipula la polizza per conto dell'Associato.

2.a) Con riferimento alla totalità delle prestazioni previste all'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", si chiede conferma che le fatture e le ricevute, che a norma di legge prevedono l'applicazione della marca da bollo da 2 euro e che ne risultino sprovviste, siano, ad ogni modo, da intendersi liquidabili e pertanto la compagnia debba procedere al pagamento della prestazione, in base alle modalità previste per le singole garanzie.

b) Si chiede, inoltre, conferma che, per la totalità delle prestazioni previste all'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", nel caso in cui l'assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale le prestazioni debbano intendersi liquidabili presentando il solo ticket o la sola fattura (senza la prescrizione del medico curante) e pertanto la compagnia debba procedere al rimborso integrale della prestazione.

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", alle pagine 4 e 5, si chiede conferma che le uniche prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito del ricovero sono gli interventi chirurgici ambulatoriali.



4.a) 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”, alle pagine 4 e 5, si legge che “per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto 15% con il massimo di € 4.000,00 per ricovero”. Si chiede conferma che tale massimo di € 4.000,00 sia da intendersi come massimo non indennizzabile e non come massimo rimborsabile.

b) Si chiede, altresì, conferma che tale interpretazione sia da applicarsi anche ai limiti previsti per le prestazioni effettuate fuori convenzionamento per il Parto cesareo, per il Parto non cesareo e per gli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia.

5. 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 pagina 5, si legge “per l’assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, cure omeopatiche e esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero o sostenuti in ambulatorio per l’intervento chirurgico”. Si chiede conferma che la dicitura “sostenuti in ambulatorio per l’intervento chirurgico” sia un refuso poiché nel suddetto punto non sono ricompresi ricoveri che comportino intervento chirurgico.

6. Si chiede conferma che nel momento in cui pervenga alla compagnia la richiesta di asportazione di un neo questa sia da intendersi liquidabile nel caso in cui alla documentazione medica sia allegato anche solamente il referto dell’esame istologico.

7. Si chiede conferma che le prestazioni relative ad Aborto Spontaneo e ad Aborto Terapeutico si intendano liquidabili nei limiti previsti per il parto non cesareo riportati a pagina 5 del capitolato.

8. a) Relativamente alla prestazione “parto cesareo”, riportata a pagina 5, si legge “nel massimale previsto per il parto cesareo sono comprese le rette di degenza, gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami sostenuti anche per il neonato”, non essendo esplicitamente citate si ritengono escluse le prestazioni riportate al punto “c. in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico [...]”.

b) La medesima interpretazione si da alla prestazione “parto non cesareo”, prevista a pagina 5 del capitolato.

9. a) A pagina 6, relativamente al day hospital si legge che “nei casi di degenza diurna senza intervento chirurgico viene stabilito un sottolimito annuo di € 7.750”. Si chiede conferma che tale sottolimito annuo sia da intendersi per persona nel caso di assicurato senza nucleo familiare,



mentre sia da intendersi per nucleo in caso di estensione della copertura al nucleo familiare, in analogia con quanto previsto per il massimale dell'area ricovero riportato nella medesima pagina.

b) Si chiede, altresì, conferma che la medesima interpretazione si applichi al limite massimo annuo di € 775,00 previsto per il “vitto e pernottamento in Istituto di cura di un accompagnatore”, riportato a pagina 6.

10. Con riferimento alle “visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio”, ai “trattamenti fisioterapici e rieducativi” previsti al punto “d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali [...]” e alle prestazioni previste al punto “f. in caso di spese extra-ospedaliere”, dell'art. “3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE”, a pagina 6 e 7, si chiede conferma che siano da intendersi liquidabili tutte le prestazioni, riconducibili a tali garanzie, anche nel caso in cui la prescrizione riporti solamente la sintomatologia e l'indicazione del distretto anatomico interessato.

11. a) Al punto “d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio)”, dell'art. “3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE”, alle pagine 6 e 7, si legge che “l'assicurato dovrà presentare congiuntamente: a) la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi; b) lo scontrino farmaceutico fiscale con l'indicazione del nome del farmaco acquistato e lo scontrino non fiscale, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente”.

Si chiede conferma che l'assicurato debba presentare congiuntamente tale documentazione per medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici, compresi anche quelli cui ci si riferisce come “prodotti non bene identificati”.

b) Si chiede inoltre conferma che ciò che rientra nei “prodotti non bene identificati” sia da intendersi come prodotto che abbia un principio attivo e che comunque sia riconducibile ai medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici.

12. Si chiede conferma che nel sottolimito di € 300,00 previsto per i medicinali, di cui si legge al punto “d. in caso di cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio)”, dell'art. “3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE”, a pagina 7, rientrino: medicinali da banco, prodotti omeopatici e galenici, compresi anche quelli cui ci si riferisce come “prodotti non bene identificati”

13. In relazione alle prestazioni di cui al punto “f. in caso di spese extra-ospedaliere”, dell'art. “3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE”, a pagina 8, si ritiene che:

i. le prestazioni possano essere fruite se prescritte dal medico curante con l'indicazione del quesito diagnostico e ciò in applicazione di quanto previsto dagli articoli “1.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società” e “1.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società”, a pagina 16 e 17.



ii. la laserterapia prevista in elenco possa essere intesa a scopo fisioterapico o antalgico, in quanto la laserterapia chirurgica, se non espressamente esclusa dal piano ai sensi dell'art. "3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE", è riconducibile al punto "a. in caso di ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico" e/o "[...] agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia (con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK)" e/o al punto "g. in caso di malattie oncologiche"

Si chiede conferma delle interpretazioni sopra esposte.

14. In relazione alle prestazioni di cui al punto "h. cure e accertamenti odontoiatrici, estrazioni e protesi dentarie o ortodontiche, visite odontoiatriche ed ortodontiche", dell'art. "3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE", a pagina 8, si chiede conferma che lo scoperto del 10% si debba applicare alle prestazioni effettuata in strutture convenzionate con la Società.

15. Con riferimento al punto "j. l'acquisto di lenti ed occhiali da vista" si chiede conferma che la modifica del visus possa essere certificata sia da oculista sia da ottico optometrista.

16. Al punto "4.1 Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati", dell'art. "4. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", a pagina 12, si legge che "le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato". Si chiede conferma che nel caso di servizi erogati presso Strutture sanitarie convenzionate la Società provvederà a liquidare direttamente alle Strutture nel limite del massimale assicurato e ad eccezione di eventuali franchigie o scoperti, quando previsti, a carico dell'assicurato.

17. Si chiede conferma che le esclusioni definite nell'art. "3. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE" della "SEZIONE II – LIMITAZIONI ed ESTENSIONI", a pagina 15, siano valide per tutte le garanzie presenti nel capitolato.

18. All'art. "1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE/DURATA DELL'ASSICURAZIONE", della "SEZIONE IV – CONDIZIONI GENERALI", a pagina 18, si legge che "è facoltà del Contraente procedere al rinnovo dell'appalto per ulteriori 3 anni", si chiede conferma che per l'eventuale rinnovo di tre anni sia necessario un accordo con la Società.

#### SCHEDA DI OFFERTA TECNICA LOTTO N°6 - POLIZZA RSMO

19. Nell'intestazione della tabella relativa agli elementi di valutazione EV.4, EV.5 ed EV.6 si legge "Riduzione % offerta dal concorrente", si chiede conferma che nelle caselle sotto tale intestazione vada indicata la percentuale di ribasso da applicare a scoperti e franchigie.



A titolo puramente esemplificativo, nel caso l'offerente voglia indicare il dimezzamento di scoperti e franchigie la tabella verrebbe compilata nel modo seguente:

Elementi di valutazione	Valore di capitolato	Riduzione % Offerta dal concorrente	Limiti Offerti
EV.4	Scoperto 20%	50%	Scoperto 10%
EV.5	Scoperto 10%	50%	Scoperto 5%
EV.6	Franchigia € 70	50%	Franchigia € 35

Si chiede conferma della correttezza dell'interpretazione data e dell'esempio riportato. Nel caso in cui quanto ipotizzato risultasse errato si chiede di fornire indicazioni in merito alla metodologia con cui compilare il modulo di offerta tecnica.

### Risposte:

#### CAPITOLATO DI POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE

1. Si conferma.
2. a) Si conferma.  
b) E' sempre necessaria la prescrizione del medico curante.
3. Si conferma con riferimento al solo punto "a".
4. a) Si conferma.  
b) Si conferma.
5. Si conferma
6. Si conferma
7. Si conferma
8. a) Si conferma  
b) Si conferma
9. a) Si conferma  
b) Si conferma
10. Si conferma
11. a) Si conferma  
b) Si conferma
12. Si conferma
13. Si conferma
14. Si conferma, salvo offerta migliorativa presentata dall'operatore economico concorrente.
15. Si conferma
16. Si conferma



**POLITECNICO  
DI TORINO**

Ufficio Appalti

17. Si conferma

18. Il rinnovo è subordinato all'accettazione da parte della società.

SCHEDA DI OFFERTA TECNICA LOTTO N°6 - POLIZZA RSMO

19. Si conferma

Ufficio Appalti

**Area Approvvigionamento Beni e Servizi  
Ufficio Appalti**

Politecnico di Torino Corso Duca degli Abruzzi, 24 – 10129 Torino – Italia

tel: +39 011 090 6374/6026/6148 fax: +39 011.090.5755

[appalt@polito.it](mailto:appalt@polito.it) [www.polito.it](http://www.polito.it)