

RISPOSTE A QUESITI

RICHIESTA 1 DEL 03.05.22

Viene richiesto se possa prevedersi in caso di aggiudicazione l'inserimento nei Capitolati di Polizza della Clausola:

"ESCLUSIONE OFAC - SANZIONI INTERNAZIONALI: Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali."

Qualora invece il Capitolato di Polizza prevedesse già la suddetta Clausola di ESCLUSIONE OFAC, in una versione anche solo in parte difforme da quella proposta, viene richiesta la disponibilità ad acconsentire alla mera sostituzione della medesima.

RISPOSTA:

Il Capitolato di gara deve ritenersi integrato con la clausola come suggerita.

RICHIESTA 2 DEL 13.05.22

Viene richiesto:

2.1) In riferimento a quanto indicato al paragrafo 7.3 – REQUISITI DI CAPACITA' TECNICA E PROFESSIONALE, lettera b) del Disciplinare, di confermare che la conformità del sistema di gestione della qualità del concorrente/operatore economico agli standard richiesti PUÒ ESSERE IN OGNI CASO DIMOSTRATA presentando ALTRI/DIVERSI mezzi/certificazioni comunque idonei a comprovare il requisito anche qualora il concorrente non possieda e non abbia richiesto una certificazione relativa alla norma UNI EN ISO 9001 2015 (e successive revisioni);

2.2) In riferimento a quanto indicato al paragrafo 19.1 – CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA TECNICA, lettera C) PROPOSTA PARTNERSHIP E PROGETTI CORPORATE, punto 2 - SPONSORIZZAZIONE del Disciplinare, si richiede di indicare se è consentito al concorrente/operatore economico di NON PROPORRE offerta di sponsorizzazione e, in caso affermativo, quale punteggio verrebbe attribuito;

2.3) Si richiede inoltre di fornire DETTAGLIO DEI SINISTRI per ciascuna delle ultime 5 annualità disaggregato tra le diverse tipologie di rischio/ramo previste nel capitolato di gara e strutturato come segue:

- Importo Sinistri Liquidati; Numero Sinistri Liquidati

- Importo Sinistri Riservati;

Numero Sinistri Riservati

- Numero Sinistri Senza Seguito

RISPOSTA:

2.1 Si conferma quanto richiesto. La formulazione del requisito è frutto di un parziale refuso derivante dall'origine del testo al bando tipo dell'ANAC, non essenziale nel settore assicurativo e, considerato anche che il livello e la qualità delle prestazioni è garantito dalla normativa vigente e dall'azione di controllo dell'Ivass, gli operatori interessati potranno fare riferimento all'ultimo capoverso del punto 7.3.

2.2 Essendo la proposta di sponsorizzazione una delle componenti dell'offerta tecnica, la mancata proposta della stessa comporta unicamente l'applicazione del punteggio pari a 0 nel relativo parametro e, in caso di aggiudicazione, la non attivazione dei diritti e benefici previsti nel capitolato in via sinallagmatica rispetto al corrispettivo di sponsorizzazione.

2.3 Previa ulteriore richiesta alla Compagnia attuale titolare delle polizze, il dettaglio sinistri come ricevuto viene pubblicato in apposito documento contestualmente alle presenti risposte.

RICHIESTA 3 DEL 24.05.22

Si chiede di sapere, con riferimento al requisito di idoneità riportato sub art. 7.1 del Disciplinare (possesso dell'autorizzazione IVASS all'esercizio in Italia dell'attività assicurativa nei rami oggetto della presente procedura per le imprese aventi sede legale in Italia), stante la particolare ampiezza del lotto unico previsto in ragione della natura e della peculiarità dei servizi, se in ipotesi di RTI verticale, il requisito possa essere posseduto cumulativamente dal RTI nel suo complesso in ragione della disomogeneità e della differenziazione delle capacità e dei requisiti posseduti dai componenti del raggruppamento medesimo, portatori di competenze distinte e differenti.

RISPOSTA:

Come espressamente indicato nell'ERRATA CORRIGE del punto 7.4 pubblicato sul portale di Sport e Salute s.p.a, i "Requisiti di idoneità" : iscrizione nel Registro Unico delle Imprese della C.C.I.A.A. per attività coerente con quella oggetto della procedura e possesso dell'autorizzazione IVASS, del MISE o del CIPE all'esercizio in Italia dell'attività assicurativa nei rami oggetto della procedura (per le imprese aventi sede legale in Italia) devono essere posseduti nel caso di Raggruppamento temporaneo da ciascun componente del Raggruppamento.

RICHIESTA 4 DEL 24.05.22

Con riferimento alle condizioni di partecipazione previste sub art. 5 del Disciplinare e, in particolare alla facoltà di partecipazione in forma di RTI costituendo, stante il riferimento espresso sub art. 7.4 del Disciplinare al RTI verticale, si chiede di conoscere l'indicazione delle prestazioni principali e delle prestazioni secondarie anche alla luce recente parere dell'ANAC che ha precisato che la possibilità di dar vita a raggruppamenti di tipo verticale sussiste solo laddove la stazione appaltante abbia preventivamente individuato negli atti di gara, con chiarezza, le prestazioni "principali" e quelle "secondarie", essendo precluso al partecipante alla gara di procedere di sua iniziativa alla scomposizione del contenuto della prestazione.

RISPOSTA:

Al solo fine della possibilità di dar vita a raggruppamenti di tipo verticale possono individuarsi, quali prestazioni “principali”, quelle di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 del Capitolato tecnico e quali prestazioni “secondarie”, quelle di cui ai paragrafi 4,5,6,7,7.1,8 e 9 del Capitolato tecnico.

RICHIESTA 5 DEL 24.05.22

Si chiede:

- 1) Conferma che le condizioni economiche e normative (i.e. Capitali/Massimali; Franchigie; Scoperti; Numero Assicurati; Garanzie Prestate; etc) del periodo a cui si riferiscono i sinistri siano le medesime di quelle oggetto di gara; Viceversa indicare le differenze;
- 2) Di conoscere gli Importi dei sinistri con il dettaglio dei sinistri per tipologia di rischio (infortuni, RCT, Sanitaria ecc...).
- 3) L'elenco dei sinistri in formato excel relativo alle ultime 5 annualità consolidate riportanti le seguenti informazioni minime:
 - Data accadimento
 - Data denuncia
 - Numero identificativo del sinistro
 - Stato del sinistro (liquidato, senza seguito, riservato)
 - Importo al 100% (sia liquidato che riservato)
- 4) Il Premio in corso e l'attuale assicuratore.
- 5) Di descrivere in analitico sinistri, anche le garanzie /causali di danno e le categorie colpite.
- 6) Se è presente un Broker e, in caso affermativo, di indicare le provvigioni a lui riconosciute.

RISPOSTA:

5.1 Le condizioni economiche e normative su cui operare le valutazioni sono quelle desumibili dagli atti di gara e dalle statistiche di sinistrosità pubblicate.

Al fine della migliore comprensione dell'andamento delle statistiche sinistri si informa che la franchigia della polizza infortuni di cui alla scheda 1.1 per le stagioni 2016/2017, 2017/2018, 2018/2019 era del 6% per tutti i distretti anatomici, per la stagione 2019/2020 era del 6% per tutti i distretti anatomici ad eccezione delle lesioni muscolo-tendinee e capsulo legamentose degli arti inferiori per le quali era dell'8%, e per le stagioni 2020/2021 e 2021/2022 era dell' 8% per tutti i distretti anatomici.

5.2 Vedi risposta 2.3.

5.3 Vedi risposta 2.3.

5.4 La sintesi delle condizioni assicurative attualmente in essere è reperibile sul sito web <https://www.federvolley.it/copertura-infortuni>. I Premi assicurativi in vigore sono riepilogati nel prospetto pubblicato a parte.

5.5 Vedi risposta 2.3.

5.6 Non è presente un Broker.

RICHIESTA 6 DEL 26.05.22

Si richiede se il punto 7.3 paragrafo b) del disciplinare pag 29 di 76, sia requisito indispensabile considerato che non è precipuo dell'attività assicurativa, opera d'ingegno, e che non risulta requisito in possesso della totalità delle Compagnie , per tutti i settori di attività, ma comunque ininfluenza sul livello e la qualità delle prestazioni , per un settore tra l'altro estremamente disciplinato nei processi produttivi da un organo superiore quale l'Ivass.

RISPOSTA:

Vedi risposta 2.1.

RICHIESTA 7 DEL 27.05.22

Vengono formulate le seguenti richieste di chiarimenti inerenti le prestazioni di assicurazione sanitaria:

- 1) Se l'Ente abbia affidato la gestione del contratto per la copertura sanitaria integrativa in oggetto ad un Broker e, in caso di risposta affermativa, si chiedono le generalità del suddetto broker e l'importo delle relative provvigioni.
- 2) Con riferimento al Capitolato tecnico, Par.2 "Condizioni Generali e Particolari dell'Assicurazione Sanitaria" si chiede conferma che, per la garanzia "Spese rimborsabili in caso di prestazioni specialistiche, diagnostica strumentale e terapeutica extra ospedaliera", l'applicazione dello scoperto e del minimo avvengano per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- 3) Con riferimento al Capitolato tecnico, Par.2 "Condizioni Generali e Particolari dell'Assicurazione Sanitaria" si chiede conferma che, per la garanzia "Spese rimborsabili in caso di prestazioni domiciliari e ambulatoriali", per i punti 1. 2. e 3., l'applicazione dello scoperto e del minimo avvengano per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, mentre per il punto 4. avvengano per ogni fattura/persona.
- 4) Con riferimento al Capitolato tecnico, Par.2 "Condizioni Generali e Particolari dell'Assicurazione Sanitaria" si chiede conferma che garanzia "Acquisti protesici e terapeutici" venga rimborsata con applicazione di scoperto 10% minimo 200,00 euro per fattura/persona.
- 5) Si chiede conferma che le garanzie "Diaria da immobilizzazione" e "Danno estetico e protesi dentarie" riportate ai punti 6 e 7 del Capitolato tecnico a pag. 30, non siano in copertura per il Consiglio Federale.
- 6) Poiché nel Capitolato tecnico, a pagina 34, alla tabella "POLIZZA SANITARIA CONSIGLIO FEDERALE", nella sezione "Scoperti e franchigie" per le "Extraospedaliere", vengono riportati solo i limiti per "Alta diagnostica" ("Scoperto 20% minimo €. 25,00 (strutture convenzionate), Scoperto 20% minimo €.50,00 (strutture non convenzionate)") e per "Visite specialistiche" ("Nessuna franchigia (strutture convenzionate e non convenzionate)"), si chiede conferma che a pagina 33, nella sezione "Massimali" il punto relativo alle "Extraospedaliere" e le voci ivi contenute rappresentino un refuso. Restano valide le indicazioni dei massimali per: "Ricovero con/senza intervento chirurgico", "Pre-Post ricovero", "Alta diagnostica", "Visite specialistiche". Nel caso il punto relativo alle "Extraospedaliere" non rappresentasse un refuso, si chiede di specificare e di descrivere le garanzie ivi contenute.

- 7) Con riferimento al Capitolato tecnico, a pagina 33, alla tabella “POLIZZA SANITARIA CONSIGLIO FEDERALE”, si chiede conferma che per “Alta diagnostica” si intendano le prestazioni elencate a pagina 29 del Capitolato tecnico, al punto 1 “Alta Diagnostica”.

Analogamente per “Visite specialistiche” si intenderanno gli “onorari medici specialisti (escluse visite pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche)” come descritti al punto 1 della sezione “Spese rimborsabili in caso di prestazioni domiciliari e ambulatoriali” a pag. 30.

Analogamente per “Ricovero con/senza intervento chirurgico” si intenderà la garanzia descritta al punto 4 “Norme che regolano l'assicurazione rimborso spese mediche garanzie - Prestazioni e limiti” alle pagine 28 e 29.

- 8) Con riferimento al Capitolato tecnico, a pagina 33, alla tabella “POLIZZA SANITARIA CONSIGLIO FEDERALE”, nella sezione “Scoperti e franchigie” per l’“Intervento ambulatoriale” si legge: “Scoperto 10% minimo €. 350,00”. Si chiede conferma che tale limite per l'intervento chirurgico ambulatoriale valga sia in forma diretta che in forma indiretta.

- 9) Nel capitolato tecnico, in riferimento nel paragrafo 4 lettera C. Metodologia e Tecnica gestione dei sinistri pag 8 è richiesto che la Compagnia metta a disposizione una idonea piattaforma informatica per la gestione dei sinistri. Tale piattaforma può configurarsi nel portale WEB e APP della Compagnia avente le funzionalità per la gestione dei sinistri in capo all'assicurato in area privata? A titolo esemplificativo, denuncia dei sinistri con upload della documentazione, prenotazione delle prestazioni extraricovero presso la rete di strutture convenzionate, visualizzazione dell'estratto conto assicurativo, guida all'utilizzo del piano sanitario, form online per la richiesta di informazioni specifiche, ecc.

- 10) Nel capitolato tecnico, al paragrafo 4 lettera D, punto 3 pag 9, in riferimento alla necessità di fornire entro 10 gg la conferma della denuncia riportante il nr della pratica e il riferimento del liquidatore, si chiede di confermare che la comunicazione di ricezione della denuncia sia effettuabile tramite comunicazione elettronica (SMS, mail) e che le informazioni relative allo stato delle pratiche sia consultabile tramite area riservata del sito WEB e APP

- 11) Nel capitolato tecnico, in riferimento al paragrafo 4 lettera D “Modalità di trasmissione dei dati” pag. 9 si fa riferimento alla presenza di risorse umane ed uffici presso la

sede Federale. Si chiede se l'attività di assistenza alla trattazione delle pratiche possa essere effettuata tramite canali remoti. Fermo restando che la Centrale operativa è contattabile tramite numero verde dalle 8.30 alle 19.30 dal lunedì al venerdì per tutte le informazioni relative alle coperture e per l'attivazione dei servizi.

12) Nel capitolato tecnico, in riferimento al paragrafo 2 punto 4 "Norme che regolano l'assicurazione spese mediche, garanzie prestazioni e limiti" pag 28, alla voce pre-ricovero si fa riferimento al trattamento laser per peggioramento visus, si chiede se si tratti di un refuso.

RISPOSTA:

7.1 Vedi risposta 5.6.

7.2 e 7.3 L'applicazione dello scoperto per ogni sinistro nella misura del 10% con il minimo di 200,00 si effettua per ogni sinistro.

7.4 No, non c'è scoperto minimo garantito, ma solo scoperto del 10%.

7.5 Le garanzie "Diaria da immobilizzazione " e "Danno estetico e protesi dentarie" sono in copertura per il Consiglio Federale. Le condizioni particolari, non escludono ma integrano le condizioni generali di polizza.

7.6 Il punto relativo alle spese "Extra-ospedaliere" rappresenta parzialmente un refuso. Nello specifico si chiarisce che i massimali indicati a pag. 33 del capitolato non vanno considerati per quanto riguarda le "prestazione di alta specializzazione" e "prestazioni specialistiche", rientrando tali prestazioni nelle previsioni di massimale di "alta diagnostica" e di "visite specialistiche", mentre restano valide le garanzie di *€ 500,00 per persona e per anno assicurativo per l'acquisto di occhiali e € 2.000,00 per persona e per anno assicurativo per cure dentarie*".

7.7 Vengono confermati tutti e 3 i quesiti.

7.8 il limite indicato si intende solo per le prestazione in regime di convenzione indiretta. Per le cliniche convenzionate e accesso in forma diretta la franchigia è pari a zero.

7.9 Sì, può configurarsi come piattaforma Web e App, in ogni caso deve essere assicurato un accesso a Fipav con funzioni di monitoraggio ed operatività da concordare.

7.10 Si conferma sia la comunicazione elettronica che la consultabilità in area riservata.

7.11 A pagina 9 del Capitolato viene indicato “E’ altresì valorizzata la possibilità di rendere disponibili risorse umane presso la sede Federale, ai fini di supporto ed assistenza alla trattazione delle pratiche”. L’assistenza di personale dedicato da remoto è data per presupposta.

7.12 Non è un refuso.

RICHIESTA 8 DEL 27.05.22

Viene segnalato che al momento il portale Anac non permette di generare il Passoe richiesto.

RISPOSTA:

Il problema tecnico è stato risolto.

RICHIESTA 9 DEL 31.05.22

- 1) Si chiede conferma che il numero degli atleti da mettere in copertura al paragrafo 2 del capitolato tecnico - CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DELL’ASSICURAZIONE SANITARIA - siano 112 seniores e 175 Juniores e Preiuniores, per un totale di 287.
- 2) Si chiede conferma se la copertura di cui al par. 2 Condizioni generali e particolari dell’assicurazione sanitaria riguardi la garanzia prestata per il rimborso delle spese di cura a seguito di malattia e/o l’infortunio, anche non comportante ricovero e/o intervento chirurgico, che si manifesti e/o colpisca gli assicurati, nella loro qualità di giocatori di pallavolo delle Rappresentative Nazionali, occorsi durante tutto il periodo della convocazione.
- 3) Si chiede conferma se la forma di convocazione alle Rappresentative Nazionali oggetto della copertura dell’assicurazione sanitaria si riferisca allo svolgimento di attività sportiva, ricreativa e culturale o in caso contrario a quali di queste attività.
- 4) Si chiede conferma se l’estensione potenziale ad ulteriori 86 unità dell’assicurazione sanitaria riguardi gli 86 presidenti degli Organi periferici e in caso affermativo si

chiede di indicarne la distribuzione per fascia di età e sesso, oltre che le età media (distinta per uomini e donne)

RISPOSTA:

Si ritiene di fornire risposta anche a tali richieste in quanto ritenuto utile a fornire informazioni rilevanti a tutte le aziende interessate.

9.1 La determinazione del numero complessivo degli atleti di interesse delle varie nazionali FIPAV tiene conto della riarticolazione di alcuni settori (Beach Volley) e dell'inserimento di nuovi settori (Sitting Volley) al di là di alcune sovrapposizioni possibili degli stessi nominativi, in ogni caso l'operatività è comunque collegata alle convocazioni che mediamente non possono interessare più di 100-120 atleti e staff contemporaneamente. Pertanto si ritiene che la rischiosità della copertura non sia destinata ad aumentare in modo significativo.

9.2 Si conferma quanto richiesto, con specifico riferimento al paragrafo 2.1.

9.3 Si conferma quanto richiesto, purché si tratti di attività svolte in ambito federale ufficiale.

9.4 No, l'estensione potenziale si riferisce al personale dipendente della Fipav.

ALLEGATI:

- AII.2 STATISTICHE SINISTRI
- AII.1 RIEPILOGO PREMI IN VIGORE