



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

### Settore Approvvigionamenti, Contabilità e Coordinamento

#### **PROCEDURA APERTA PER L'APPALTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE SANITARIE A FAVORE DEL PERSONALE CONTRATTUALIZZATO. DELL'ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA CON ADESIONE DEL NUCLEO FAMILIARE. CIG n. 7547962748**

##### **Risposte n. 2**

A seguito di quesiti posti dagli operatori economici interessati alla procedura in oggetto, sentito il Responsabile Unico del Procedimento, si rendono disponibili a tutti i potenziali concorrenti i seguenti chiarimenti.

-Si precisa che le risposte ai primi chiarimenti, dal n. 1 al n. 23, sono state pubblicate in data 3 agosto 2018 sul portale UNIBO al seguente link:

<https://www.unibo.it/it/ateneo/bandi-di-gara/gare-appalto/servizi/2018/gara-appalto-cig-7547962748/index.htm>

**-N.B.: si precisa che, a seguito di meri refusi riscontrati sul Modulo dell'Offerta Tecnica, in particolare al punto 12 (con l'assegnazione di 8 punti) e al punto 14 (con l'assegnazione di 4 punti), per chiarezza, nel rispetto di quanto previsto negli atti di gara, si pubblica il Modulo dell'Offerta Tecnica Rettificato che sostituisce quello pubblicato con gli atti di gara.**

Si chiede, pertanto, di utilizzare solamente il Modulo dell'Offerta Tecnica Rettificato.

NUMERO	DOMANDA	RISPOSTA
24	Poiché i massimali delle garanzie sono annui chiediamo conferma che all'art. 10 "Garanzia per stati non autosufficienza" del Capitolato speciale d'oneri, il massimale indicato si intende annuo, così come indicato al punto 14 dell'Offerta Tecnica e che il termine mensile sia un refuso. Nel caso in cui il massimale sia mensile, chiediamo conferma che la garanzia ha una validità massima di 12 mesi per evento.	Si conferma che il massimale riportato all'art. 10 "Garanzia per stati di non autosufficienza", è <b>mensile</b> , pertanto non è un refuso, così come indicato all'art. 1 del Capitolato Tecnico nelle "Definizioni" di Polizza "Somma Garantita/massimale mensile" che, altresì, richiama l'art. 10 sez. 3 del Capitolato Tecnico "Garanzia per stati di non autosufficienza" che: "rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste". Considerato che la polizza oggetto della gara è riferita al rimborso spese sanitarie sostenute dall'Assicurato, il diritto alla garanzia è legato al momento in cui si sostiene la spesa sanitaria. Pertanto per questa garanzia non è prevista una validità temporale massima di 12 mesi per evento, in quanto la durata è legata ad uno stato di non autosufficienza



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

		momentaneo certificabile purché la spesa sanitaria venga sostenuta nel periodo di durata contrattuale..
25	<p>Sul Capitolato: All'articolo <i>"Art. 14 - Gestione dei sinistri e modalità di liquidazione"</i> della <i>"SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE"</i>, si legge: <i>"(...) La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'assicurato della documentazione completa dei documenti di spese (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica, etc) prodotti anche in fotocopia; (...)"</i>.</p> <p>Fermo quanto specificamente indicato all'art. <i>"Art. 6 - LENTI E/O LENTI A CONTATTO (Escluse le montature)"</i>, si ritiene che la documentazione completa prevista per ottenere il rimborso delle spese sanitarie, sia</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nel caso delle prestazioni extra-ospedaliere previste dalla SEZIONE 3, oltre alla documentazione di spesa quietanzata, la prescrizione medica indicante il quesito diagnostico;</li><li><input type="checkbox"/> in caso di infortunio copia del Certificato di Pronto Soccorso.</li></ul> <p>Si chiede cortese conferma dell'interpretazione proposta.</p>	<p>Si; si conferma che la documentazione completa prevista per ottenere il rimborso delle spese sanitarie, sia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nel caso delle prestazioni extra-ospedaliere, previste dalla SEZIONE 3, è necessaria oltre alla documentazione di spesa quietanzata anche la prescrizione medica indicante il quesito diagnostico;</li><li>- in caso di infortunio, è necessaria copia del Certificato di Pronto Soccorso.</li></ul>
26	Sul Capitolato: per quanto concerne la documentazione di spesa oppure la documentazione clinica inviata dall'Assicurato per ottenere gli indennizzi, si chiede cortesemente di confermare che al fine di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società possa avere facoltà di richiedere eventualmente la documentazione in originale.	Si, si conferma la facoltà della società di richiedere la documentazione in originale.
27	Sul Capitolato: con riferimento alla SEZIONE 3, si chiede conferma che gli eventi per i quali	Si, si conferma l'attivazione della copertura sia in caso di malattia sia in caso di infortunio.



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	sia eventualmente attivabile la copertura siano dovuti a malattia o infortunio.	
28	Sul Capitolato: con riferimento alla SEZIONE 3 agli Artt. 2 e 3 – “ <i>ALTA SPECIALIZZAZIONE</i> ” e “ <i>VISITE SPECIALISTICHE/ESAMI DI LABORATORIO</i> ” si chiede conferma che il minimo non indennizzabile indicato sia da intendersi applicabile per singola prestazione in caso di visita, accertamento o prelievo.	Si precisa che la franchigia è applicabile per singolo evento da accertamento di una patologia o da singola fattura/prelievo.
29	Sul Capitolato: con riferimento alla SEZIONE 3 all’Art. 6 – “ <i>LENTI E/O LENTI A CONTATTO</i> ” si chiede conferma che la franchigia di 50€ sia da applicarsi per fattura e persona.	Si, si conferma che la franchigia di €50 è da applicarsi per fattura e persona.
30	Sul Capitolato: con riferimento alla SEZIONE 3 all’Art. 7 – “ <i>PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE</i> ” si chiede conferma che “... <i>il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell’Assicurato)</i> ” avvenga nei limiti indicati per la garanzia.	Si, si conferma che il pagamento diretto deve avvenire nei limiti indicati per la garanzia.
31	Sul Capitolato: con riferimento alla SEZIONE 3 all’Art. 10 – “ <i>GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA</i> ” si chiede conferma che la garanzia si intenda attivabile qualora, a causa di malattia o infortunio, lo stato di salute dell’Assicurato determini la sua incapacità temporanea a svolgere autonomamente almeno tre dei seguenti elementari atti giornalieri della vita: spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi e pertanto necessiti in modo costante dell’assistenza di un terzo. Si intende non operante per gli infanti non rientranti nella casistica precedentemente definita.	Si, si conferma che la garanzia non è operante per gli infanti non rientranti nella casistica degli stati di non autosufficienza temporanea a seguito di malattia ed infortunio.
32	Con riferimento al Modulo di Offerta Tecnica, al punto 12 seconda alternativa si legge: “ <i>Sez. 3, Art. 7 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE,</i>	Si, si conferma che la dicitura riportata nel Modulo di Offerta Tecnica è un mero refuso e che, pertanto, l’esatta previsione è: “ <i>Diminuzione dello scoperto nelle</i>



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	<p><i>Diminuzione dello scoperto nelle strutture sanitarie convenzionate. Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di uno scoperto € 0%, per accertamento.”</i></p> <p>Si chiede conferma che “<i>con applicazione di uno scoperto € 0%, per accertamento</i>” sia un mero refuso e si intendesse scrivere “<i>con applicazione di uno scoperto dello 0%.</i>”</p>	<p><i>strutture sanitarie convenzionate. Possibilità di utilizzare strutture sanitarie convenzionate con la Società ottenendo il pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'assicurato) con applicazione di uno scoperto dello 0%, per accertamento”.</i></p> <p>A tal proposito, per maggiore chiarezza, si pubblica il nuovo Modulo dell’Offerta Tecnica Rettificato riportante l'esatta dicitura. Si chiede, pertanto, di utilizzare, solamente tale Modulo dell’Offerta Tecnica Rettificato.</p>
33	Si chiede conferma del fatto che la Compagnia possa proporre un proprio provider.	Si, si conferma che la Compagnia può proporre un proprio provider.
34	Si chiede se l'importo massimo di € 100,00 per le spese farmaceutiche sia per persona assicurata o per nucleo assicurato.	Si conferma che l'importo massimo di € 100,00 per le spese farmaceutiche è da ritenersi per persona assicurata, così come sottolineato in Allegato 2 del Capitolato Tecnico che non prevede come assicurato il nucleo nella sua totalità.
35	Si chiede come venga applicata la franchigia di € 10,00 per il rimborso delle spese farmaceutiche previste nell'art. 4 (per farmaco, per scontrino, o in quale altro modo).	La franchigia di € 10,00 per il rimborso delle spese farmaceutiche, previste nell'art. 4 del Capitolato Tecnico “ <i>Medicinali</i> ”, deve intendersi per patologia ed evento.
36	In merito alla copertura di cui all'art. 10 si chiede quale sia la definizione di “temporaneità”;	Si intende “temporaneo” uno stato di salute non permanente e, quindi, reversibile.
37	Si chiede se la liquidazione di quanto dovuto secondo l'art. 10 possa essere effettuato in un'unica soluzione.	La liquidazione della somma assicurata, dovuta secondo l'art. 10 del Capitolato Tecnico “ <i>GARANZIA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA DEFINIZIONE DELLA GARANZIA</i> ”, può essere effettuata anche in una unica soluzione o anche in altre modalità in base alla diversa richiesta dell'assicurato.
38	Si chiede se il periodo per il quale debba essere riconosciuta la liquidazione secondo l'art. 10 si interrompa al termine della validità contrattuale.	Si, si conferma che il periodo per il quale viene riconosciuta la liquidazione della somma assicurata, secondo l'art. 10 del Capitolato Tecnico “ <i>GARANZIA</i>



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

		<p><i>PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA DEFINIZIONE DELLA GARANZIA</i>”, si interrompe al termine della validità contrattuale. Per completezza, si veda la risposta data al quesito n. 24.</p>
39	Nell'offerta tecnica numero di proposta migliorativa 2, si chiede a quanto ammonti l'aumento del massimale previsto per ottenere 6 punti.	Nell'Offerta Tecnica, numero di proposta migliorativa 2, che prevede un punteggio di 6 punti, per ottenere i 6 punti il concorrente dovrà offrire il seguente aumento di massimale: <i>“Massimale annuo assicurato: € 50.000,00 per assicurato, elevato a € 75.000,00 per cure oncologiche”</i> .
40	Nell'offerta tecnica numero di proposta migliorativa 14 si chiede conferma che la somma assicurata per ottenere 4 punti sia da considerarsi € 2.000,00 per anno.	Come previsto all'art. 10 del Capitolato Tecnico, nella sezione <i>“Somma assicurata”</i> , il massimale della garanzia è mensile. Pertanto si conferma che nella Offerta Tecnica, numero di proposta migliorativa 14, che prevede 4 punti, la somma assicurata è da considerarsi € 2.000,00 mensili, quindi, il riferimento per anno è un mero refuso. <b>A tal proposito, per maggiore chiarezza, si pubblica il nuovo Modulo dell'Offerta Tecnica Rettificato riportante l'esatta dicitura. Si chiede, pertanto, di utilizzare, solamente tale Modulo dell'Offerta Tecnica Rettificato.</b>
41	Spettabile Alma Mater Studiorum Università di Bologna, con riferimento alla Procedura aperta per affidamento della polizza collettiva di rimborso spese sanitarie a favore del personale contrattualizzato di Alma Mater Studiorum Università di Bologna con adesione del nucleo familiare CIG 7547962748, si evidenziano alcuni conflitti e delle incongruenze relativamente a quanto indicato nel Capitolato speciale d'oneri a proposito della Cassa di Assistenza nella quale	Come già risposto al quesito n. 5 pubblicato sul portale UNIBO in data 3 agosto 2018, si conferma che la Contraente della polizza dovrà essere la <i>Cassa Previlime</i> alla quale possono aderire tutti gli operatori economici ammessi a partecipare alla procedura di gara. Non si ritiene pregiudicato alcun diritto alla partecipazione degli operatori economici in quanto l'iscrizione alla <i>Cassa Previlime</i> non comporterà alcun onere a carico della Compagnia aggiudicataria. Tale scelta deriva



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

<p>confluiranno le prestazioni della copertura sanitaria.</p> <p>Infatti, nella <i>“Premessa”</i> alla sezione 2 delle norme che regolano il contratto in generale del Capitolato speciale d’oneri, si precisa <i>“I corrispettivi relativi al presente contratto (premi) confluiranno all’interno della Cassa di Assistenza sanitaria indicata nel frontespizio, iscritta all’Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, con cui l’Università degli Studi di Bologna avrà stipulato apposito accordo e le prestazioni dovranno essere garantite dalla Compagnia aggiudicataria della presente procedura di affidamento”</i>.</p> <p>Se la cassa di Assistenza è designata dalla Stazione Appaltante e non può essere scelta dal concorrente, si pregiudica di fatto la partecipazione di quegli operatori economici che avrebbero voluto presentare offerta indicando una cassa che avrebbe poi fatto anche la gestione della polizza e che, pertanto, non potendola scegliere, non potranno affidarle tale gestione e saranno obbligati a dover fare ricorso al subappalto per la gestione dei sinistri.</p> <p>A nostro avviso, inoltre, non è compatibile il fatto che la contraente di polizza non effettui anche la gestione delle pratiche malattia.</p> <p>Inoltre, se è la Compagnia a garantire le prestazioni oggetto della copertura, la cassa deve poter esser scelta dal Concorrente e di certo non può essere quella del Broker. Si sottolinea, altresì, che la Compagnia non può garantire alcunché se invece, la Cassa è quella indicata dalla Stazione Appaltante.</p> <p>Fermo quanto sopra, si segnala</p>	<p>dal fatto che la Stazione Appaltante ha affidato la gestione del contratto al <i>broker</i>, come indicato nel Capitolato Tecnico.</p>
---	---



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	<p>altresì che, sempre nella "Premessa" alla sezione 2 delle norme che regolano il contratto in generale del Capitolato speciale d'oneri, si precisa che: "Le relative spese di adesione sono ricomprese nei premi pattuiti", ma nella documentazione di gara non viene previsto che sia la Compagnia a pagare le spese di adesione e men che meno si indica l'ammontare di tali spese; tale dato è significativo anche ai fini dell'offerta economica al ribasso.</p> <p>Alla luce di tutto quanto sopra, la Scrivente Società, in qualità di operatore economico interessato all'affidamento del servizio Procedura aperta per affidamento della polizza collettiva di rimborso spese sanitarie in parola - confida affinché codesta Spettabile Stazione Appaltante voglia valutare la possibilità che la contraenza del programma sanitario possa essere assunta da una Cassa diversa da quella designata atteso che con tale modalità di fatto il Concorrente (eventualmente aggiudicatario) non avrebbe alcun rapporto con la Stazione Appaltante in quanto il tutto sarebbe mediato da una cassa che per di più non è quella di riferimento della compagnia.</p> <p>Inoltre, considerando che le informazioni supplementari che saranno date a seguito di tale chiarimento dovranno essere valutate significative ai fini della preparazione dell' offerta, la scrivente chiede a codesta Stazione Appaltante di voler prorogare i termini di presentazione dell'offerta a norma dell'art 79 D.lgs 50/2016.</p>
42	Si richiede chiarimento in merito a quanto indicato al punto 14.2 del Disciplinare di gara. Pur trattandosi di gara "cartacea", è necessario presentare il DGUE in



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	formato elettronico, sottoscritto digitalmente, e renderlo disponibile su dischetto e/o <i>pen drive</i> ?	inserire all'interno della busta "A", Documentazione Amministrativa (cfr. punto 14.2 del Disciplinare di gara).
43	Con riferimento all'art. 7.2 <i>"Requisiti di capacità economica e finanziaria"</i> , lett. c) di cui alla pag. 9 del Disciplinare di gara, la scrivente, essendo una società costituita in base a leggi di altro Stato, precisa che dai bilanci, non è possibile evincere ulteriori sotto-distinzioni all'interno del ramo danni, né ricavare l'importo della raccolta premi malattia come dato disaggregato in quanto, in base alla legislazione vigente nello Stato di appartenenza, esiste solo la distinzione tra "ramo vita" e "ramo non vita", senza specifica del "ramo malattia", si chiede pertanto se al fine di dimostrare tale requisito, che è comunque ampiamente soddisfatto, potrà essere considerata quale documentazione idonea, oltre ai bilanci che presentano la raccolta premi per il solo ramo danni, la produzione di frontespizi di polizza/polizze che hanno ad oggetto coperture rimborso spese mediche fino alla concorrenza dell'importo indicato nel summenzionato articolo.	Nel rispetto del Disciplinare è considerato idoneo a comprovare il possesso del requisito ogni altro documento atto a comprovare l'incasso del premio (ad esempio, documenti contabili differenti dal bilancio di esercizio). Il frontespizio di una polizza, quindi, non è sufficiente per dimostrare l'incasso del premio.
44	Nel caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, si chiede conferma del fatto che il requisito di capacità economica e finanziaria, di cui all'art. 7.2 lett. c) del Disciplinare e il requisito di capacità tecnica e professionale di cui all'art. 7.3 lett. d) possano essere dimostrati cumulativamente dalla coassicurazione (es. coassicurazione al 50%-50% possesso del requisito al 50%). In caso contrario si prega di indicare.	Per il possesso dei requisiti di capacità economica e finanziaria, di cui all'art. 7.2 lett. c) del Disciplinare e del requisito di capacità tecnica e professionale di cui all'art. 7.3 lett. d), si rinvia a quanto previsto per le imprese mandatarie al punto 7.4 del Disciplinare di gara, in quanto applicabile all'impresa delegataria della coassicurazione.
45	Si chiede conferma del fatto che la documentazione a comprova del possesso dei requisiti dichiarati NON debba essere	Si, si conferma che la documentazione a comprova del possesso dei requisiti dichiarati NON dovrà essere fornita in sede



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	<p>fornita già in sede di invio dell'offerta ma solo nel momento in cui la Vs. spettabile Stazione Appaltante ne dovesse fare richiesta.</p>	<p>di invio dell'offerta ma solamente a seguito della richiesta da parte Stazione Appaltante.</p>
46	<p>Con riferimento all'art. 10 <i>"Garanzia provvisoria"</i> di cui alle pagg. 13, 14 e 15 del Disciplinare, si chiede conferma del fatto che in caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, tale garanzia possa essere intestata alla sola delegataria e poi in una nota/appendice all'interno della garanzia si possa indicare il riparto di coassicurazione.</p>	<p>Si, si conferma che in caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, tale garanzia possa essere intestata alla sola delegataria e poi in una nota/appendice all'interno della garanzia si possa indicare il riparto di coassicurazione.</p>
47	<p>Con riferimento all'art. 12 <i>"Modalità di presentazione dell'offerta e sottoscrizione dei documenti di gara"</i> di cui alla pag. 12 del Disciplinare di gara, si chiede conferma del fatto che, nel caso di consegna del plico mediante corriere autorizzato, l'indirizzo al quale inviare il plico è via Zamboni 33, mentre nel caso di consegna a mano da un incaricato della compagnia, l'indirizzo al quale far pervenire il plico è Largo Trombetti n. 4. Si chiede inoltre se l'indirizzo da indicare sul plico esterno debba essere diverso in base alla modalità di invio prescelta.</p>	<p>Si, si conferma che nel caso in cui si voglia consegnare il plico mediante corriere autorizzato, l'indirizzo è Via Zamboni n. 33, mentre nel caso in cui si voglia consegnare il plico a mani, l'indirizzo è Largo Trombetti, n. 4 V° piano, presso gli uffici di Area Affari Generali, Appalti e Sanità nei giorni ed orari di apertura al pubblico: lunedì, martedì, mercoledì e venerdì, h. 9.15 - 11.15; martedì e giovedì h. 14.30 - 15.30. L'indirizzo da indicare sul plico esterno può essere diverso in base alla modalità di invio prescelta; ciò che rileva è che in entrambi i casi, il plico riporti la seguente dicitura: <i>Non aprire: "Area Affari Generali - Offerta per l'affidamento del servizio di "Polizza collettiva di rimborso spese sanitarie a favore del personale contrattualizzato dell'Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, con adesione del nucleo familiare" CIG n. 7547962748.</i></p>
48	<p>Con riferimento all'art. 14.1 <i>"Domanda di partecipazione"</i> di cui alle pagg. 19 e 20 del Disciplinare e con riferimento all'art. 14.3.1 <i>"Dichiarazioni integrative"</i> di cui alle pagg. 23 e 24 del Disciplinare, si chiede di chiarire se, nel caso di</p>	<p>Nel caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, ciascun coassicurato deve produrre una singola domanda di partecipazione e un singolo modulo dichiarazioni integrative firmati singolarmente dai rispettivi legali rappresentanti dei</p>



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	<p>partecipazione nella forma della coassicurazione, ciascun coassicurato debba produrre una singola domanda di partecipazione e un singolo modulo dichiarazioni integrative firmati singolarmente dai rispettivi legali rappresentanti dei coassicurati ovvero bisogna produrre un'unica domanda di partecipazione ed un unico modulo di dichiarazioni integrative firmati rispettivamente congiuntamente dai rappresentanti legali dei vari coassicurati.</p>	<p>coassicurati. E, come previsto all'art. 48 del D.lgs. n. 50/2016, è richiesto altresì l'impegno a conferire mandato collettivo con rappresentanza all'Impresa delegataria ed espressa indicazione delle quote di ripartizione del rischio.</p>
49	<p>Con riferimento all'art. 14.2 “<i>Documento di gara unico europeo</i>” di cui alle pagg. 21 e 22 del Disciplinare, trattandosi di gara non telematica ed essendo stato fornito sul sito della Stazione Appaltante un DGUE in formato <i>word</i>, si chiede conferma del fatto che gli operatori economici partecipanti debbano utilizzare il modello <i>word</i> messo a disposizione dalla S.A., compilarlo, salvarlo in <i>pdf</i>, firmarlo digitalmente ed inserire il <i>file</i> firmato digitalmente su un supporto informatico. Tale <i>file</i> NON dovrà essere anche firmato con firma olografa? Si chiede, inoltre, conferma del fatto che NON debba essere inserito anche il DGUE cartaceo.</p> <p>Si chiede altresì che, nel caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, debba essere inserito un solo supporto informatico (es. CD-rom) contenente i DGUE di tutte le imprese coassicurate.</p>	<p>Come risposto al quesito n. 42, il DGUE deve essere presentato in formato elettronico, sottoscritto digitalmente e dovrà essere reso disponibile su adeguato supporto informatico da inserire all'interno della busta “A”, Documentazione Amministrativa. Il <i>file</i>, dunque, non dovrà essere firmato anche con firma olografa e non è richiesto il DGUE cartaceo.</p> <p>Nel caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, è sufficiente inserire un solo supporto informatico (es. CD-rom) contenente i DGUE di tutte le imprese coassicurate.</p>
50	<p>Con riferimento all'art. 14.3.3 “<i>Documentazione e dichiarazioni ulteriori per i soggetti associati</i>” di cui alle pagg. 25 e 26 del Disciplinare, non essendo previsto nulla in caso di partecipazione nella forma della coassicurazione, si chiede di indicare quali documenti o dichiarazioni</p>	<p>Come già chiarito al quesito n. 48 e al quesito n. 13, quest'ultimo pubblicato in data 3 agosto sul portale UNIBO, alla coassicurazione di applica l'art. 48 del D.lgs. n. 50/2016.</p> <p>Quindi, con riferimento alla documentazione da presentare, si veda quanto previsto al punto</p>



## AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	ulteriori debbano essere prodotte in caso di coassicurazione.	14.3.3 del Disciplinare di gara, per i raggruppamenti temporanei già costituiti o per i raggruppamenti temporanei non ancora costituiti.
51	Con riferimento all'art. 16 “ <i>Contenuto della busta C OFFERTA ECONOMICA</i> ”, di cui alle pagg. 27 e 28 si chiede conferma del fatto che NON debbano essere indicati i costi aziendali relativi alla salute e alla sicurezza nonostante il Codice all'art. 95 comma 10 lo preveda.	Come risposto al quesito n. 15, pubblicato sul portale UNIBO in data 3 agosto 2018, essendo l'oggetto dell'appalto quello dei servizi assicurativi e rientrando, dunque, nei “ <i>servizi di natura intellettuale</i> ”, si conferma che nel Modulo dell'Offerta Economica non dovranno essere indicati i costi della manodopera e gli oneri aziendali concernenti l'adempimento delle disposizioni in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
52	Con riferimento alla risposta al quesito n. 9 si chiede di precisare se il <i>case manager</i> possa NON essere necessariamente un medico.	Il <i>Case Manager</i> (ICM) non necessariamente deve essere un medico in quanto è l'infermiere professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato <i>target</i> di utenti. Tale soggetto si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale tarato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi, dall'ammissione alla dimissione. La normativa e le caratteristiche di riferimento sono quelle disciplinate dal SSN.
53	Si chiede se l'iscrizione alla cassa <i>Previlime</i> sia gratuita, in caso contrario si chiede a quanto ammonti tale costo.	Come risposto al quesito n. 5, pubblicato sul sito UNIBO in data 3 agosto 2018, per l'adesione alla Cassa <i>Previlime Assistance</i> non è previsto alcun costo in capo alla Compagnia aggiudicataria.
54	Si richiede la suddivisione per fascia di età e per sesso dei Soggetti Beneficiari di polizza come indicati nell'allegato 1 del Capitolato speciale d'oneri.	Il dettaglio della popolazione interessata alla polizza è rinvenibile sul sito UNIBO nell'Allegato 1, “ <i>Elenco dati del personale Unibo</i> ” pubblicato in data 3 agosto in risposta alle prime richieste di chiarimenti.
55	Si chiede conferma del fatto che il rinnovo annuale al termine dei primi tre anni di polizza non sia	Si conferma che il rinnovo è un'opzione eventuale e non obbligatorio per nessuna delle



AREA AFFARI GENERALI, APPALTI E SANITÀ

	obbligatorio per nessuna delle parti.	parti.
56	Siamo ulteriormente a richiedervi il numero totale effettivo degli aderenti alla polizza nell'ultimo periodo assicurativo.	Come risposto al quesito n. 21, pubblicato in data 3.08.2018, sul portale UNIBO, non esistono polizze in corso a garanzia dello stesso rischio né sono mai state attivate precedentemente.
57	Chiediamo integrazione informativa per: compagnia uscente; premio in corso; Capitolato/polizza corrente, in relazione alle eventuali differenze connesse alle garanzie concesse ed alle teste assicurate.	Si veda risposta al quesito n. 56.
58	Con riferimento alla gara pubblicata si richiedono cortesemente le relative statistiche sinistri.	Come risposto al quesito n. 3, pubblicato in data 3.08.2018, sul portale UNIBO, trattasi di un nuovo rischio, pertanto, non esiste una statistica sinistri pregressa.

**La Responsabile del procedimento amministrativo**  
**Dott.ssa Erika Ercolani**