

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

A. Avviso importante (IMPORTANT NOTICE)

I. L'Assicurando si impegna a fornire i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.

Le dichiarazioni rese dall'assicurando o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere veritiere, esatte e complete e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.

Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

I. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento dell'eventuale contratto quando l'Assicurando ha agito con dolo (art. 1892 C.C.).

II. Il presente Questionario deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti e firmato e datato dall'Assicurando.

III. L'assicurazione è prestata nella forma "*Claims Made*", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di Retroattività ovvero del periodo temporale convenuto precedente la data di inizio del Periodo di Assicurazione.

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

B. Dati dell'Assicurando

Indicare di seguito i dati relativi all'Assicurando

DENOMINAZIONE	DATA DI COSTITUZIONE	PARTITA I.V.A.	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N°	LOCALITÀ/COMUNE	PROVINCIA	CAP
ATTIVITÀ / COMPETENZE ISTITUZIONALI			

C. Notizie di carattere generale

Indicare se esistono sedi o distaccamenti separati

NO SI

In caso affermativo indicare l'eventuale denominazione e indirizzo

N°	DENOMINAZIONE	LOCALITÀ/COMUNE	PROV.	C.A.P.
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Indicare la *suddivisione* percentuale dei Ricavi derivanti dall'attività caratteristica dell' Assicurando

% PAZIENTI PAGANTI

% S.S.N./PUBBLICO

La struttura deriva da un scorporo di presidi ospedalieri di Aziende Sanitarie od Ospedaliere Pubbliche?

Sì NO

Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi?

Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina?

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Indicare il (*) Fatturato conseguito o preventivato nei vari anni

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
PROSSIMO ANNO		
ANNO IN CORSO		
I° ANNO PRECEDENTE		
II° ANNO PRECEDENTE		
III° ANNO PRECEDENTE		
IV° ANNO PRECEDENTE		
V° ANNO PRECEDENTE		

(*) *Fatturato: l'importo fatturato dall' Assicurando per tutte le prestazioni inerenti l'attività caratteristica svolta e per le quali è prestata l'assicurazione, così come risultante dal bilancio approvato.*

Indicare, per ciascuna area medica, il numero di posti letto e del Personale Dipendente (*), del Personale Convenzionato (**) e del Personale in Libera Professione (***) che in essa svolge l'attività

(*) <i>Personale Dipendente (Prestatore di lavoro):</i>	<i>il soggetto che agisce alle dirette dipendenze dell' Assicurando con rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato o con rapporto di lavoro regolare disciplinato da tutte le forme previste dal D. Lgs. 10 settembre 2003, n. 276, con esclusione del Personale Convenzionato e del Personale in Libera Prestazione.</i>
(**) <i>Personale Convenzionato:</i>	<i>il soggetto con ruolo sanitario o professionale o tecnico, che con specifico accordo con l'Assicurando presta la sua attività in via esclusiva e a tempo pieno presso e per conto dell' Assicurando stesso.</i>
(***) <i>Personale in Libera Professione:</i>	<i>il soggetto con ruolo sanitario o professionale o tecnico, che con specifico accordo ma in modo indipendente dall' Assicurando ha in uso locali ed attrezzature dell' Assicurando stesso per offrire le proprie prestazioni professionali.</i>

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Ostetricia e ginecologia Obstetrics & Gynecology										
Terapia intensiva Intensive Care										
Otorinolaringoiatra Otorhinolaryngology										
Pneumatologia Pneumatology										
Oftalmologia Ophthalmology										
Pediatria con Neonatologia Paediatrics & Neonatologoy										
Psichiatria Psychiatry										
Radiologia Radiology										
Riabilitazione Rehabilitating										
Reumatologia Rheumatology										
Terapia Intensiva Strong Therapy										
Terapia Intensiva Neonatale Neonatal Intensive Therapy										
ALTRO (MORE) :										
TOTALE										

In presenza di erogazione di prestazioni di Chirurgia Ortopedica indicare la percentuale di chirurgia:

- Protesica/Elettiva (*PROSTHETICS / ELECTIVE*) _____%
- Traumatologica (*TRAUMATOLOGIC*) _____%
- Spinale (*SPINAL*) _____%

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

In presenza di un reparto di ostetricia/maternità

indicare il numero medio annuo di

	ANNO IN CORSO	I° ANNO PRECEDENTE	II° ANNO PRECEDENTE	III° ANNO PRECEDENTE	IV° ANNO PRECEDENTE	V° ANNO PRECEDENTE
NASCITE TOTALI						
TRAMITE PARTO CESAREO						
NATI CON HANDICAP						
CON TASSO "APGAR" MINORE DI 6						
NATI MORTI						
INDIRIZZATI A UNITÀ DI TERAPIA INFANTIL E O TERAPIA INTENSIVA NEONATALE (SCBU-NNICU)						

Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze?

NO Sì (Yes)

Se sì, specificare:

- Nr di ambulanze
- Nr di unità mobili di rianimazione:
- Se No, specificare come si è organizzati

Indicare se al Personale Convenzionato e al Personale in Libera Professione è chiesta la sottoscrizione e il mantenimento della polizza per la Responsabilità Civile Professionale

NO SI

In caso affermativo indicare se è chiesto un massimale minimo di garanzia e per quale

NO SI

e in caso affermativo indicare se viene effettuato un controllo in merito e con quale la

NO SI FREQUENZA

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

D. Notizie assicurative

Indicare, per ciascun anno, le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte per il rischio della Responsabilità Civile

	ANNO (YEAR)					
	IN CORSO	I° PRECEDENTE	II° PRECEDENTE	III° PRECEDENTE	IV° PRECEDENTE	V° PRECEDENTE
COMPAGNIA						
MASSIMALE PER SINISTRO (RCT)						
MASSIMALE AGGREGATO ANNUO (RCT)						
FRANCHIGIA PER SINISTRO						
FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA						
SIR						
FORMA DELL'ASSICURAZIONE (*)						
GARANZIA POSTUMA)						
RETROATTIVITA						
PREMIO ANNUO LORDO)						
ESTENSIONE RCT DEI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI/ CONVENZIONATI) SI /NO						

(*) "CLAIMS MADE" o "LOSSES OCCURING"

Nel caso di esistenza di una polizza in corso, indicare)

la data di scadenza

la data di effetto dell'eventuale disdetta ricevuta

Indicare se sono stati presentati Questionari e/o Moduli di Proposta ad altre compagnie

NO

SI

Indicare se si sono verificate disdette di polizze RCT o RCT/O per sinistro

NO

SI

In caso affermativo indicare

l'anno

e la Compagnia

l'anno

e la Compagnia

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Indicare se sono noti eventuali procedimenti penali instaurati nei confronti di Personale Dipendente per morte o lesioni subite da pazienti

NO SI

In caso affermativo indicare dettagli in merito a tali eventi

DETTAGLI

E. Governo dei rischi

Indicare se

esiste una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico (Hospital Risk Manager)

NO SI

Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura? (

In tutti i casi?	SI	SI	NO
Per iscritto?	SI	SI	NO

Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione del consenso alle prestazioni?

SI No

Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso?

SI No

Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato?

SI No

Esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche

SI No

Esiste un protocollo specifico per la raccolta, distribuzione e/o utilizzazione del sangue, di emocomponenti e di emoderivati

SI No

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

Si prega di indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica dell'Assicurando negli ultimi 5 anni

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

Indicare se all'Assicurando siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni

SI negli ultimi 5 anni

Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/ricieste di risarcimento

Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza:

Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza:

Corrispondenza scritta di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente:

Un evento avverso che può portare a danni fisici ad un paziente:

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati l'Assicurando è tenuto ad inviare l'Elenco Sinistri (in formato Excel), in assenza di suddetto Elenco non verrà presa in valutaizione la proposta.

L'Elenco Sinistri dovrà contenere i seguenti campi

- Identificativo del sinistro
- data di accadimento dell'evento
- data di richiesta di risarcimento danni
- Data di chiusura del sinistro
- Indicazione se il sinistro è in copertura assicurativa o in autogestione
- Stato pratica
- Importo Liquidato
- Importo Riservato
- Tipologia (extragiudiziale-civile-penale)
-
- Descrizione del fatto, inclusi anche gli stati di avanzamento per le richieste in ambito giudiziario
- Tipologia di lesione

F. Allegati

Nel caso fossero state indicate le caratteristiche di eventuali polizze sottoscritte nel passato per il rischio della Responsabilità Civile, di cui al precedente paragrafo **D. Notizie assicurative**, allegare al presente Questionario

- la statistica sinistri degli ultimi 5 anni rilasciata dalla/e compagnia/e, con i dettagli degli importi pagati e/o riservati
- la statistica sinistri rilasciata dalla/e compagnia/e, dei primi mesi dell'anno in corso

Questionario per la Responsabilità Civile per Strutture Sanitarie Private e Personale non dipendente

- per gli importi pari o superiori ad € 50.000,00 (cinquantamila/00) fornire la descrizione dettagliata dell'evento

N.B.: *In mancanza di queste informazioni la Società non rilascerà alcuna quotazione*

G. Dichiarazioni dell'Assicurando (PROPOSER/INSURED DECLARATIONS)

1. L'Assicurando riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. L'Assicurando prende atto che la compilazione del presente Questionario NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
3. L'Assicurando dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Retroattività riportato nella Scheda di Polizza, antecedenti la data di decorrenza della Polizza.
4. L'Assicurando dichiara inoltre di avere ricevuto e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa al Cliente per il Trattamento dei Dati Personali.
5. Sottoscrivendo il presente Questionario, La Società scrivente conferisce incarico esplorativo a Gruppo Laera srl alla ricerca della copertura assicurativa oggetto del questionario.'

Firma dell'Assicurando _____

Preso visione Privacy per finalità assicurative.

Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data della sottoscrizione li _____, il ___/___/____

L'Assicurando _____