

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

1. Avviso importante

- I.** La Società scrivente si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dalla struttura 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.
- II.** Il presente Questionario per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall' proponente/assicurato.

2. Dati della Struttura

Indicare di seguito i dati relativi alla Struttura

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

3. Precedenti assicurativi della Struttura

3.1 Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Terzi e Prestatori di Lavoro (RCT/RCO)

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato e (Indicare con una X):

Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro

È stata disdetta la polizza per sinistro

Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

3.2 Se già assicurato fornire i dettagli della polizza

COMPAGNIA ASSICURATRICE: _____

SCADENZA: _____

MASSIMALE PER SINISTRO: _____

MASSIMALE AGGREGATO ANNUO: _____

FRANCHIGIA: _____

PREMIO LORDO ANNUO: _____

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

4. Notizie di carattere generale

4.1 Indicare la sede principale e gli eventuali distaccamenti alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta:

Sede Operativa/Principale INDIRIZZO _____

Distaccamenti INDIRIZZO _____

4.2 Indicare il fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni:

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
PROSSIMO ANNO		
ANNO IN CORSO		
I° ANNO PRECEDENTE		
II° ANNO PRECEDENTE		

(*) L'IMPORTO FATTURATO DALLA STRUTTURA PER TUTTE LE PRESTAZIONI INERENTI L'ATTIVITÀ CARATTERISTICA SVOLTA E PER LE QUALI È PRESTATO L'ASSICURAZIONE, COSÌ COME RISULTANTE DAL BILANCIO O ALTRE SCRITTURE CONTABILI / AMMINISTRATIVE.

4.3 Indicare le specialità/aree sanitarie che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni così come sopra quantificati:

ANNO	SPECIALITÀ/AREE SANITARIE	% FATTURATO
ANNO IN CORSO	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%
I° ANNO PRECEDENTE	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%

5. Dettaglio delle attività svolte

5.1 Indicare, relativamente alle attività sotto indicate, il numero complessivo di Accessi o Posti letto per ogni singola attività svolta all'interno dei vari centri:

Tipologia di attività svolta	Numero di accessi	% Occupazione Media Mensile	Numero di posti letto	% Occupazione Posti letto
Riabilitazione Ortopedica		%		%
Riabilitazione Neurologia e cardiaca		%		%
Psichiatria		%		%
Geriatria		%		%
Centro diurno anziani o disabili		%		%
Alzheimer		%		%
Dipendenze		%		%
Disabilità Motoria		%		%
Hospice		%		%
Comi		%		%

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

5.2 Indicare, ove presenti, eventuali ambienti presenti all'interno della struttura:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| a) LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE-MICROBIOLOGICHE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| b) DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RADIODIAGNOSTICA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| • MAMMOGRAFIA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| c) SALE OPERATORIE PER DAY HOSPITAL E/O DAY SURGERY (CHIRURGIA MINORE) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| d) AMBULATORI MEDICI PER VISITE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| e) AMBULATORI MEDICI PER ATTIVITA' INVASIVE (CHIRURGIA MINORE) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| f) PALESTRE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| g) PISCINE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| h) PERCORSI PEDONALI ESTERNI | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |

INDICARE, DI SEGUITO, IL NUMERO DI AMBIENTI –
COSI' COME DI SEGUITO DEFINITI – NON CONTEGGIATI NELLE LETTERE DA A AD H Numero _____

NB : PER AMBIENTE SI INTENDE CIASCUN VANO DISPONIBILE/ACCESSIBILE AI PAZIENTI QUALI, A TITOLO ESEMPLIFICATIVO, SALE DI ATTESA E/O PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE, PER VISITE MEDICHE, DOVE SI EFFETTUANO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (COMPRESO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIODIAGNOSTICA), DOVE SI EFFETTUANO ESAMI DI LABORATORIO E/O DOVE SI EFFETTUANO TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE, ETC.

5.3 Indicare Specialità e Numero dei Medici Convenzionati e/o in Libera Prestazione (Medici ed altro Personale) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nella tabella seguente:

	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
46	Allergologia e Immunologia clinica			
47	Anatomia patologica			
48	Andrologia			
49	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva			
50	Angiologia			
51	Audiologia			
52	Biochimica Clinica			
53	Cardiologia			
54	Dermatologia- Venereologia			
55	Diabetologia e malattie del metabolismo			
56	Ematologia e Medicina TrASFusionale			
57	Endocrinologia e malattia del ricambio			
58	Epatologia			
59	Farmacia Ospedaliera			
60	Farmacologia			
61	Fisica Medica			
62	Gastroenterologia			
63	Genetica Medica			
64	Geriatría			
65	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita			
66	Igiene degli alimenti			
67	Igiene e medicina preventiva			
68	Malattie infettive			

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

69	Malattie Tropicali			
70	Medicina Aeronautica e spaziale			
71	Medicina del lavoro			
72	Medicina dello sport			
73	Medicina di Base			
74	Medicina di comunità			
75	Medicina d'urgenza			
76	Medicina estetica			
77	Medicina fisica riabilitativa			
78	Medicina generale			
79	Medicina interna			
80	Medicina legale			
81	Medicina Nucleare			
82	Medicina Termale			
83	Medicine non convenzionali e omeopatiche			
84	Microbiologia/Virologia			
85	Nefrologia			
86	Neurofisiopatologia			
87	Neurologia			
88	Neuropsichiatria			
89	Neuropsichiatria infantile			
90	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici			
91	Odontoiatria senza implantologia			
92	Oncologia			
93	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni			
94	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici e senza assistenza al parto			
95	Otorinolaringoiatria			
96	Patologia Clinica			
97	Pediatria senza neonatologia			
98	Pneumologia			
99	Psichiatria			
100	Psicologia Clinica			
101	Radiodiagnostica (no mammografia)			
102	Radiodiagnostica con mammografia			
103	Radioterapia			
104	Reumatologia			
105	Scienze dell'alimentazione			
106	Stomatologia senza implantologia			
107	Terapia del dolore e cure palliative			
108	Tossicologia medica			
109	Urologia			

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

5.4 Indicare Specialità e Numero dei prestatori di lavoro (personale non medico) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nella tabella seguente:

	ATTIVITÀ	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO
1	Infermieri	
2	Fisioterapisti / Tecnici di neurofisioreabilitazione	
3	Educatori Professionali	
4	ASA, OTA, OSS	
5	Altro personale del comparto non medico	

NB : PER **PRESTAZIONI** SI INTENDONO:

A) PER LE SPECIALITÀ CHE PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE

B) PER LE SPECIALITÀ CHE NON PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE (ES. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E/O DI REFERTAZIONE): IL NUMERO DI DIAGNOSI FORMULATE E/O ESAMI SVOLTI

PER ATTIVITÀ DIAGNOSTICA INVASIVA SI INTENDE QUELL' ATTIVITÀ CHE COMPORTA IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI E/O UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO SIA AI FINI DIAGNOSTICI SIA TERAPEUTICI.

6. Notizie assicurative

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

	ANNO					
	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						
RETROATTIVITÀ						
PREMIO ANNUO LORDO						
ESTENSIONE RCT DEI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SI/NO						

(*) "CLAIMS MADE" O "LOSSES OCCURRING"

6.2 Nel caso di esistenza di una polizza in corso, indicare:

la data di scadenza la data di effetto dell'eventuale disdetta ricevuta

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

NO SI

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

NO SI

In caso affermativo indicare (obbligatorio):

L'anno e la Compagnia

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

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

NO Sì

In caso affermativo indicare dettagli in merito a tali eventi:

DETTAGLI

7. Risk Management

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

NO Sì

7.2 È prevista l'esistenza di consenso informato?

In tutti i casi?

NO

Sì

Per iscritto?

NO

Sì

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

NO Sì

7.4 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?

NO Sì

7.5 Esiste un programma strutturato per la manutenzione delle apparecchiature mediche?

NO Sì

7.6 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 della Struttura negli ultimi 10 anni:

NO negli ultimi 10 anni Sì negli ultimi 10 anni, indicare quanti sinistri: _____

7.7 Indicare se alla Struttura 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 10 anni:

NO negli ultimi 10 anni Sì negli ultimi 10 anni

7.8 Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/richieste 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.

Questionario per la Responsabilità Civile delle Strutture Residenziali e Socio-Sanitarie

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

8. Validità temporale (Retroattività richiesta)

Indicare, relativamente alla retroattività richiesta di cui al comma IV della Sezione 1 del presente Questionario, il numero di anni di retroattività richiesti: _____

9. Dichiarazioni della Struttura

1. La Società scrivente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
2. La Società scrivente 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. La Società scrivente dichiara di avere espressamente richiesto che l'assicurazione sia prestata con il Periodo di Retroattività indicato al punto 8 di cui sopra.
4. Presa visione Privacy per finalità assicurative.
5. 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.

Con la sottoscrizione del presente Questionario, preso atto di tale informazione, la Società scrivente acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

6. Sottoscrivendo il presente Questionario, La Società scrivente conferisce incarico esplorativo a Gruppo Laera srl alla ricerca della copertura assicurativa oggetto del questionario.

Luogo: _____ Data: _____

Firma dell'Amministratore _____