



Studio Losasso Broker srl

risolviamo i vostri problemi assicurativi

Assicurazione della Responsabilità Civile di Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere

QUESTIONARIO DA COMPILARE PER RICHIEDERE LA QUOTAZIONE DELLA POLIZZA RCT/O

Da inviare a:

STUDIO LOSASSO BROKER SRL

Fax 0971.53.802 - Area Centro Sud ITALIA -

Fax 02.32.06.65.05 - Area Nord ITALIA -

Mail: info@studiolosassobroker.com

Proposta/Questionario

Avvisi Importanti

E' nell'interesse del proponente dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini di una valutazione del rischio che le proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 a 1893 Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra. In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi preghiamo di consultare il Vostro Intermediario Assicurativo di fiducia.-

Nel prendere in considerazione le informazioni contenute nel presente questionario, l'assicuratore è intenzionato a valutare la possibilità di emettere una polizza che, in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, sarà soggetta al principio del cd. *claims made* in base al quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento ed i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

STUDIO LOSASSO BROKER SRL

Sede legale - 85100 POTENZA – Via G. Rossini, 12 – Tel. 0971.19.40.635 – Fax 0971.53.802

Sede secondaria – 20131 MILANO – Via B. Spinoza, 2 – Tel. 02.40.04.75.41 – Fax 02.32.06.65.05

Consulenze, Intermediazioni, Gestioni assicurative

www.studiolosassobroker.com – info@studiolosassobroker.com

Iscrizione R.U.I. B000064629 P. IVA 01644640769 – REA Potenza n. 124007



FORMULARIO DI PROPOSTA CONTRATTUALE PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER DANNI DA MEDICAL MALPRACTICE, RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO, RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI & CORRELATE COPERTURE ASSICURATIVE, IN RIFERIMENTO A ISTITUZIONI SANITARIE E CLINICHE PRIVATE

Per “**CONTRAENTE**” si intende l'impresa di diritto privato cui si propone l'acquisto di questa assicurazione, per proprio conto e per conto delle altre persone assicurate.

Per “**ASSICURATO**” si intende il **CONTRAENTE**, ogni dipendente del **CONTRAENTE**, ogni dottore “convenzionato” ed anche altri soggetti quali fornitori di servizi sanitari che richiedano copertura all'interno della presente proposta assicurativa.

Questo formulario di proposta contrattuale deve essere completato a penna, datato e firmato dal Legale Rappresentante, dal Dirigente Amministrativo, dal Dirigente Finanziario del **CONTRAENTE**, o da un Dirigente che ricopra analogo carica presso il **CONTRAENTE** da almeno 5 anni, in un ruolo che gli/le dia competenze sufficienti per rispondere compiutamente alle domande che saranno di seguito poste.

Occorre rispondere a tutte le domande ed ove opportuno occorre specificare “Non Applicabile” o “N/A”. Il presente formulario di proposta contrattuale compilato, unitamente ad ogni informazione aggiuntiva fornita, sarà parte del contratto di assicurazione stipulato con i Sottoscrittori. Ogni fatto rilevante per l'assicurazione proposta deve essere dichiarato in modo esatto, completo e rispondente a verità, nonché nella miglior buona fede e conoscenza dell'**ASSICURATO**, indipendentemente dal fatto che chi risponde sia o meno il diretto interessato di una domanda posta. Dichiarazioni inesatte o incomplete o la mancata rivelazione di circostanze che, se conosciute integralmente dai Sottoscrittori cambierebbero la loro valutazione del rischio in esame, potrebbero portare alla cancellazione della polizza o potrebbero comportare un risarcimento solo parziale da parte dei Sottoscrittori. Oltre alle informazioni contenute nel presente formulario di proposta contrattuale, inclusa tutta la documentazione di supporto, qualora l'**ASSICURATO** fosse al corrente di ogni altra informazione che ritenga possa modificare, influenzare o pregiudicare la valutazione dei Sottoscrittori riguardo al rischio contemplato, dovrà comunicarla unitamente al presente modulo di proposta.

Se non vi è spazio sufficiente per completare una risposta a qualsiasi domanda o se è necessario allegare e comunicare con il presente modulo ulteriori informazioni rilevanti, si prega di utilizzare l'apposita pagina di prosecuzione, la quale dovrà essere a sua volta firmata, datata, e allegata al presente formulario.

SEZIONE 1 – INFORMAZIONI GENERALI

(a) Si prega di fornire il nome completo del **CONTRAENTE** (compreso ogni ente per cui si richieda copertura assicurativa)

(b) Anno di fondazione

(c) Indirizzo della Sede Legale

(d) Altri indirizzi operativi nei quali il reddito generato sia maggiore del 20% del reddito complessivo del **CONTRAENTE** nell'ultimo anno finanziario completo

(e) Indirizzo Internet del sito web:

(Inteso e convenuto che il materiale contenuto nel sito web del **CONTRAENTE** non è da considerarsi parte integrante della presente proposta contrattuale, a meno che l'informazione venga materialmente allegata in copia cartacea al presente modulo)

SEZIONE 2 – INFORMAZIONI TECNICHE

(a) Si prega di fornire una descrizione completa delle attività del **CONTRAENTE** (comprese le attività svolte negli ultimi sei anni non attualmente intraprese e le eventuali nuove attività previste per i prossimi dodici mesi)

(b) Si prega di indicare la situazione proprietaria del **CONTRAENTE** come segue

Proprietà Privata **SI** **NO** (se SI, indicare il soggetto proprietario)

Proprietà Pubblica **SI** **NO**

Ente Caritatevole **SI** **NO**

Altro (Specificare) **SI** **NO**

(c) Si prega di indicare in quale percentuale i ricavi realizzati nell'ultimo anno finanziario derivino da ciascuna delle seguenti opzioni:

Finanziamenti Pubblici %

Regimi di Assicurazione Privata:..... %

Soggetti Privati..... %

Donazioni di Beneficenza:..... %

Altro (Specificare):..... %

(d) Si prega di indicare nella tabella sottostante il numero del personale medico qualificato attualmente impiegato. Segue definizione della tipologia del personale:-

A. **DIPENDENTE** – Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente per il **CONTRAENTE** (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro);

B. **CONVENZIONATO** – Qualsiasi professionista che agisca nell'ambito di uno specifico contratto o progetto esclusivamente per il **CONTRAENTE** (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto);

C. **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** – Qualsiasi professionista indipendente che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal **CONTRAENTE**, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che non agisca sotto la diretta direzione del **CONTRAENTE**.

	A. DIPENDENTE	B. CONVENZIONATO	C. AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA
MEDICI			
INFERMIERI			
ALTRO PERSONALE			
TOTALE			

* I Sottoscrittori stabiliscono che il personale **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** acquisti separata assicurazione per RCT professionale sanitaria. In caso diverso, o nell'inusuale situazione che un soggetto richieda copertura nell'ambito dell'assicurazione sottoscritta dal **CONTRAENTE**, l'argomento dovrà essere specificatamente discusso, concordato e approvato dai Sottoscrittori su base individuale.

(e) Quando termina l'Anno Finanziario del **CONTRAENTE**?

Si prega di fornire le seguenti informazioni per ognuno degli ultimi tre anni finanziari completi e per il corrente incompleto anno finanziario

Le Informazioni Finanziarie devono essere specificate in EURO	Ultimo Anno Finanziario Completo	Precedente Anno (1 anno fa)	Precedente Anno (2 anni fa)	Stima del Corrente Incompleto
INFORMAZIONI FINANZIARIE				
(i) Fatturato				
(ii) Registro Salari				
(iii) Utile Netto (tasse pagate)				
ALTRE INFORMAZIONI				
(iv) Numero di Letti				
(v) Occupazione Media dei Letti (%)				
(vi) Numero di Sale Operatorie				
(vii) N° Operazioni in Anestesia Generale				
(viii) N° Operazioni in Anestesia Locale				
NASCITE				
(ix) N° Nascite (Totale)				
(x) N° Parti Cesarei				
(xi) N° di Feti Nati Morti				
(xii) N° di Neonati Deceduti Dopo La Nascita				
(xiii) N° Nascite con Gravi Menomazioni				
(xiv) N° Indici di Apgar < 6 dopo 5 Minuti				
NUMERO DI PAZIENTI				
(xv) N° Pazienti Degenti < 36 Ore				
(xvi) N° Pazienti Degenti > 36 Ore				
(xvii) N° Pazienti Esterni				
(xviii) N° Riammissioni nelle Prime 36 Ore				

(f) Si prega di indicare il tipo di istituzione in cui rientra il **CONTRAENTE**

- Cure in regime di Day Hospital **SI** **NO**
- Casa di cura **SI** **NO**
- Ospizio **SI** **NO**
- Clinica di lunga degenza **SI** **NO**
- Clinica di breve degenza **SI** **NO**
- Policlinico **SI** **NO**
- Farmacia **SI** **NO**
- Altro (si prega di specificare) **SI** **NO**

SEZIONE 3 – DISCIPLINE

Si prega di indicare come segue l'attuale numero di DOTTORI e procedure chirurgiche per ognuna delle seguenti categorie di trattamento medico e per ognuna delle tre tipologie di rapporto di lavoro dei DOTTORI

Attività	A DIPENDENTE	B CONVENZIONATO	Numero Procedure Chirurgiche A+B	C AUTONOMO LIBERO PROF.	Numero Procedure Chirurgiche C
Anatomia / Istologia					
Anestesia / Rianimazione					
Cardiologia					
Chirurgia Generale					
Chirurgia Plastica					
Odontoiatria					
Dermatologia					
Diabetologia					
Geriatria					
Fertilità					
Gastroenterologia					
Ginecologia (non Nascite)					
Ostetricia (Nascite)					
HIV / Epatite / MST					
Immunologia / Trasfusioni					
Laboratorio di Analisi					
Medicina e Chirurgia Giornaliera Minore					
Medicina Generale					
Medicina Trasfusionale					
Microbiologia e Virologia					
Dialisi					
Neonatologia					
Neuropsichiatria infantile					
Neurochirurgia					
Neurologia					
Nutrizionologia / Dimagrimento					
Oncologia					
Oculistica/Oftalmologia					
Ortopedia e Traumatologia					
Otorinolaringoiatria					
Pediatria					
Podiatria					
Psichiatria					
Radiologia					
Riabilitazione / Fisioterapia					
Urologia					
Terapie Complementari / Alternative					
Altro (Specificare)					
TOTALE					

SEZIONE 4 – INFORMAZIONI PARTICOLARI

(a) Il **CONTRAENTE** verifica che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA, acquisti separata copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica con limite di copertura di almeno €1,000,000?

SI NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade

(b) Il **CONTRAENTE** verifica che ogni DIPENDENTE e Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA sia iscritto ad un Ordine Medico riconosciuto o faccia parte di un riconosciuto Ordine Professionale e detenga le relative licenze necessarie per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione?

SI NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:

(c) Il **CONTRAENTE** sottopone a verifica ogni Dottore, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato prima dell'inizio del rapporto di lavoro e durante il rapporto di lavoro stesso con il **CONTRAENTE**, per uso di droga e/o abuso di alcool?

SI NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:

(d) Il **CONTRAENTE** si procura sufficienti referenze scritte e conferma dell'inesistenza di richieste di risarcimento, o comunque di episodi collegati a responsabilità professionale medica, per ogni Medico, Infermiere e altro Personale Medico Qualificato prima di assumerli o di permettere loro l'utilizzo dei propri locali?

SI NO

Se **NO** si prega di indicare per quale motivo, e quando, non si procederebbe a tale controllo:

(e) Il **CONTRAENTE** conferma che nessuno dei Medici, Infermieri e altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali

- (i) è oggetto di indagine disciplinare da parte di Ordini Professionali, Istituti o Associazioni né è coinvolto in alcun procedimento civile o amministrativo per responsabilità professionale;
- (ii) è stato mai condannato per delitti o reati, né è attualmente coinvolto in alcun procedimento penale

SI NO

Se **NO** a (i) o (ii) si prega di fornire ogni relativa informazione:

(f) Il **CONTRAENTE** conferma che se un Medico, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali è interessato da un evento menzionato sopra alle lettera (e) (i) o (ii) deve comunicarlo al **CONTRAENTE**

SEZIONE 5 – ATTIVITA' DI LABORATORIO

(a) Il **CONTRAENTE**, tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti su sangue, urine e / o campioni di liquido seminale?

SI **NO**

(b) Se **SI**:- Tali analisi vengono svolte presso un laboratorio esterno completamente indipendente?

SI **NO**

Se **SI**, Si prega di rispondere ad entrambe le seguenti domande:-

(i). Il **CONTRAENTE** ha sottoscritto un contratto che definisca la natura dei servizi richiesti e il livello delle prestazioni professionali richieste a tale laboratorio?

SI **NO**

(ii). Il **CONTRAENTE** garantisce che il laboratorio abbia adeguata Copertura Assicurativa per il servizio professionale che svolge in nome e per conto del **CONTRAENTE**?

SI **NO**

Se **NO** a (i) e/o (ii) di cui sopra, si prega di indicarne il motivo:

SEZIONE 6 – GESTIONE DEL RISCHIO

(a) Il **CONTRAENTE** possiede o utilizza una Banca del Sangue?

SI **NO**

Se **SI**, si prega di indicare i dettagli di come il **CONTRAENTE** si assicuri, per quanto ragionevolmente possibile, che il sangue non contenga malattie trasmissibili e/o infezioni:-/

(b) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni trattamento effettuato su pazienti minorenni venga effettuato solo con il consenso dei genitori o di un tutore legale?

SI **NO**

Se **NO**, si prega di indicare le circostanze in cui questo non si verifichi:-

(c) Il **CONTRAENTE** dispone di un sistema di controllo della qualità al fine di garantire un elevato livello di gestione del rischio e controllo sulla sua attività?

SI **NO**

Se **SI**, si prega di fornirne i dettagli:

Se **NO**, si prega di indicarne i motivi :

(d) Il **CONTRAENTE** si assicura che tutte le apparecchiature di cui si fa utilizzo siano sterili, e che siano in atto procedure al fine di assicurare sempre tale sterilizzazione?

SI **NO**

Se **NO**, si prega di indicare in quali circostanze ciò non si verifica:

(e) Il **CONTRAENTE** ha stipulato un contratto di manutenzione con un terzo soggetto specializzato al fine di garantire per tutte le apparecchiature un adeguato servizio di manutenzione?

SI **NO**

Se **NO**, quali misure adotta il **CONTRAENTE** per assicurarsi che ogni apparecchiatura svolga la propria funzione ad un livello soddisfacente?

(f) Il **CONTRAENTE** intraprende, gestisce, controlla o comunque ha un coinvolgimento diretto nel corso delle sperimentazioni cliniche?

SI **NO**

Se **SI**, si prega di fornire tutti i dettagli della portata delle attività svolte:-

(g) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni qualvolta sia necessario un valido consenso informato sia sempre ottenuto per iscritto dal paziente prima che venga effettuata qualsiasi procedura chirurgica?

SI **NO**

Se **NO**, si prega di indicare in quali casi tale consenso non verrebbe ottenuto.

(h) Il **CONTRAENTE** ha un apposito Dirigente (e/o Ufficio Reclami) per registrare e trattare tutti i reclami e le potenziali richieste danni?

SI **NO**

Se **SI**, si prega di indicare il nome della persona incaricata:

Se **NO**, si prega di indicare come i reclami e/o le potenziali richieste danni vengano gestite e da chi

SEZIONE 7 – SITUAZIONE SINISTRI

Questa assicurazione è prestata alle condizioni note con la formula “claims made” ed i Sottoscrittori escluderanno dalla copertura assicurativa ogni reclamo già noto all'**ASSICURATO/I** prima della data di inizio della polizza. Si prega di rispondere alle seguenti domande dopo aver effettuato indagini approfondite al riguardo presso tutti i soggetti assicurati.

(a) Ha l'**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni per negligenza medica, siano essi stati accolti o respinti?

SI **NO**

(b) Ha l'**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità civile per lesioni personali o danni alla proprietà, siano essi stati accolti o respinti?

SI **NO**

(c) Ha l'**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a dolo e/o colpa grave, siano essi stati accolti o respinti?

SI **NO**

(d) Ha l'**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità del datore di lavoro, siano essi stati accolti o respinti?

SI **NO**

(e) Ha l'**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a incendio, siano essi stati accolti o respinti?

SI **NO**

(f) Ha l'**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a furto, perdita, sparizione o deterioramento di beni, siano essi stati accolti o respinti?

SI **NO**

(g) Ha l'**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relative a qualsiasi altro tipo di evento, siano essi stati accolti o respinti, che sarebbero stati soggetti a indennizzo ai sensi della presente proposta assicurativa, se tali richieste fossero state presentate nei termini di cui alla presente proposta di copertura assicurativa?

SI **NO**

(h) Dopo indagine approfondita è l'**ASSICURATO** a conoscenza di circostanze in relazione alle domande di cui sopra da 7(a) a 7 (g), che potrebbero dar luogo ad un potenziale reclamo o richiesta di risarcimento, se tale reclamo o richiesta di risarcimento danni venisse presentata in vigenza dell'assicurazione qui proposta?

SI **NO**

Si prega di compilare l'allegato 1) in ogni sua parte includendo i dati della sinistrosità degli ultimi 5 anni

SEZIONE 8 – COPERTURE PRECEDENTI

(a) Il **Contraente** è attualmente assicurato per danni da Responsabilità Professionale Medica, Responsabilità Civile e Responsabilità Dipendenti

SI NO

Se **SI** si prega di indicare come segue (inclusendo le risposte (i) e (ii) sotto):

Assicuratore	Scadenza	Limite	Franchigia	Data di Retroattività	Premio

(i) Il **CONTRAENTE** è stato assicurato ininterrottamente dalla Data di retroattività sopra indicata?

SI NO

Se **NO** si prega di indicare da quale data tale copertura assicurativa continuativa è stata acquisita:

(ii) L'attuale polizza prevede un periodo di postuma, o comunque un periodo suppletivo alla scadenza di polizza entro il quale gli Assicuratori accettano nuove notifiche di sinistro afferenti ad eventi comunque avvenuti nel periodo di polizza, nel caso in cui la copertura assicurativa non venisse rinnovata dai medesimi Assicuratori?

SI NO

Se **SI**, quanto dura questo periodo di postuma?

(b) E' mai stata negata al **Contraente** una copertura assicurativa simile alla presente, o è mai stata questa polizza assicurativa disdettata o dichiarata invalida?

SI NO

Se **SI**, si prega di fornire i dettagli del caso:

SEZIONE 9 – DICHIARAZIONE

Dichiarazione

Si dichiara che le risposte, dichiarazioni, dettagli ed informazioni supplementari di cui sopra, sono rispondenti a verità al meglio delle conoscenze e delle convinzioni del **CONTRAENTE**. Dopo accertamenti approfonditi si conferma anche che sono state fornite tutte le informazioni e gli elementi determinanti che possono modificare la valutazione del rischio dei Sottoscrittori, o modificare la loro valutazione delle esposizioni a cui questa copertura assicurativa potrebbe portare. Si dichiara di comprendere che tutte le risposte, dichiarazioni, dati e informazioni aggiuntive fornite con il presente modulo di proposta contrattuale diventeranno parte della polizza e ne costituiranno fondamento giuridico.

Firma _____

Data _____

Posizione _____

In nome e per conto del **CONTRAENTE**

Nome in lettere maiuscole (Stampato) _____