

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

MODULO DI RACCOLTA DATI

Ragione sociale contraente di polizza: _____		
Indirizzo: _____		
CAP: _____	Città: _____	Prov. : _____
Tel: _____	FAX: _____	Email: _____
Codice Fiscale: _____	Partita IVA: _____	

Descrizione attività: _____

Direttore Amministrativo: _____		
Tel: _____	FAX: _____	Email: _____

Direttore Sanitario: _____		
Tel: _____	FAX: _____	Email: _____

Responsabile Coperture Assicurative: _____		
Tel: _____	FAX: _____	Email: _____

Effetto: _____ Scadenza: _____

Il Proponente _____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrativa del contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società.

Il Proponente _____

Il proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa; Il Proponente dichiara di aver ricevuto altresì, prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, l'informativa per il Trattamento dei Dati personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.

Luogo e data, _____, _____

Il Proponente _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

Agenzia di _____ Cod. _____

QUESTIONARIO R.C. POLIAMBULATORI – MOD. PQRCPO

Ragione Sociale del Proponente: _____

Indirizzo: _____

Ubicazione delle strutture: _____

Data inizio dell'attività: _____ Sito Internet: _____

COMPOSIZIONE DEL POLIAMBULATORIO

SPECIALIZZAZIONE / REPARTO	Numero di medici / paramedici dipendenti			Numero di medici / paramedici liberi professionisti			Prestazioni e Fatturato	
	TOTALE numero medici	Con prestazioni Chirurgiche	Senza prestazioni chirurgiche	TOTALE numero medici	Con prestazioni chirurgiche	Senza prestazioni chirurgiche	N. Prestazioni	Fatturato
Anestesia - Rianimazione								
Biologia								
Malattie dell'apparato cardiovascolare - Cardiologia								
Chirurgia Generale								
Chirurgia estetica, plastica e ricostruttiva								
Dermatologia e Venereologia								
Fisioterapia								
Ginecologia ed Ostetricia								
Medicina del Lavoro								
Medicina dello Sport								
Medicina d'urgenza e di pronto soccorso								
Fisiatria								
Medico Veterinario								
Nefrologia								
Neurologia (Esclusa chirurgia)								
Neuropsichiatria (anche infantile)								
Odontoiatria – Stomatologia								
Oftalmologia – Oculistica								
Oncologia								
Ortopedia								
Otorinolaringoiatria								
Psichiatria – Psicologia								
Radiologia – Radiodiagnostica								
Urologia								
Altro								
TOTALE								

Note: _____

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

ASSISTENTI, INFERMIERI, INSERVIENTI CHE OPERANO PRESSO IL PROPONENTE

ASSISTENTI	NUMERO
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista	___ DIP. ___ L.P.
INFERMIERI	NUMERO
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista	___ DIP. ___ L.P.
INSERVIENTI	NUMERO
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista	___ DIP. ___ L.P.
ALTRI	NUMERO
<input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista	___ DIP. ___ L.P.

NOTIZIE SULLA STRUTTURA DA ASSICURARE

<p>1) Sono presenti sale operatorie? Se sì, indicarne il numero</p> <p style="margin-left: 40px;">a. Presenza di medici in anestesia e rianimazione?</p> <p style="margin-left: 40px;">b. Degenza post operatoria? Se sì indicare il numero di posti letto, compresi quelli per degenza diurna</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;">Numero: _____</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;">Numero: _____</p>
<p>2) Si effettuano interventi di chirurgia ambulatoriale? Se sì, indicare dettagliatamente:</p> <p style="margin-left: 40px;">a. Le tipologie di interventi:</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">b. Le modalità di esecuzione degli stessi:</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p> <p style="margin-left: 80px;">_____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3) Si effettuano indagini o terapie di tipo invasivo?</p> <p style="font-size: small; margin-left: 20px;"><i>Per indagini di tipo invasivo s'intende la tecnica diagnostica o terapeutica che comprende la puntura o l'incisione della cute o l'inserimento di uno strumento materiale estraneo nell'organismo, escluse le iniezioni intramuscolari od endovenose (queste ultime limitatamente ai farmaci od alle soluzioni fisiologiche) nonché l'applicazione o rimozione di punti di sutura che non richiedano l'impegno di anestesia.</i></p> <p style="margin-left: 20px;">In caso di risposta positiva indicare le tipologie di indagini/terapie e le relative modalità di esecuzione:</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>

<p>4) Si effettuano interventi o trattamenti di natura estetica? Se sì, indicare dettagliatamente:</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Le tipologie di interventi:</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Le modalità di esecuzione degli stessi:</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p> <p style="margin-left: 40px;">_____</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>5) Si effettuano interventi di implantologia? Se sì, indicare dettagliatamente la tipologia degli stessi:</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>6) Viene eseguita la distribuzione di sangue?</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>7) Si effettuano interventi per la riduzione degli difetti visivi?</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>8) Vengono redatte e conservate le schede sanitarie dei pazienti? In caso di risposta positiva, precisare se si utilizzano sistemi informatici: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>9) Si eseguono pratiche o terapie finalizzate alla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)?</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>10) Elenco del Numero delle Prestazioni/Analisi Sanitarie effettuate nella Struttura</p>			
TIPOLOGIA	N. ADDETTI	N. ESAMI ANNUI	MARCHIO IMQ – ISO DELLE APPARECCHIATURE
Tecniche (Microbiologiche, prelievi sangue, ecc.)			
T.A.C. / R.M.N. / P.E.T.			
Ecografie			
Genetiche e/o Prenatali			
<p>11) Con quale modalità vengono fatturate le prestazioni mediche ai pazienti?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Sempre e solo dalla Struttura <input type="checkbox"/> Sempre e solo dal libero professionista che ha erogato la prestazione <input type="checkbox"/> In parte dalla Struttura ed in parte dai liberi professionisti <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ </p>			

<p>12) Viene richiesta al personale medico non dipendente la stipulazione di una polizza di RC professionale?</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																									
<p>13) Il Proponente ha in corso o ha avuto in corso, per il medesimo rischio, polizze stipulate con altre Compagnie di assicurazione? Se sì indicare gli estremi di dette polizze:</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">Anno</th> <th style="width:20%;">Assicuratore</th> <th style="width:15%;">Data Effetto</th> <th style="width:15%;">Data Cessazione o Scadenza</th> <th style="width:40%;">Motivo Cessazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> <input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> <input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> <input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Anno	Assicuratore	Data Effetto	Data Cessazione o Scadenza	Motivo Cessazione					<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____					<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____					<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____							
Anno	Assicuratore	Data Effetto	Data Cessazione o Scadenza	Motivo Cessazione																							
				<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____																							
				<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____																							
				<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta Contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per Sinistro <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____																							
<p>14) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata (per fatto dei dipendenti e/o liberi professionisti)?</p> <p>Se sì indicare: a. N. di Sinistri relativi all'ultimo anno: _____ b. N. di Sinistri relativi agli ultimi 5 anni: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No																									
<p>15) Elenco sintetico dei sinistri posti a riserva e/o liquidati nell'ultimo quinquennio:</p>																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">Anno</th> <th style="width:30%;">Specializzazione</th> <th style="width:30%;">Causale Sinistro</th> <th style="width:30%;">Tot. Importo Danni Riservati</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Anno	Specializzazione	Causale Sinistro	Tot. Importo Danni Riservati																				
Anno	Specializzazione	Causale Sinistro	Tot. Importo Danni Riservati																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">Anno</th> <th style="width:30%;">Specializzazione</th> <th style="width:30%;">Causale Sinistro</th> <th style="width:30%;">Tot. Importo Danni Pagati</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Anno	Specializzazione	Causale Sinistro	Tot. Importo Danni Pagati																				
Anno	Specializzazione	Causale Sinistro	Tot. Importo Danni Pagati																								

<p>16) Alla data odierna il proponente è a conoscenza di:</p> <p><input type="checkbox"/> Avvisi di garanzia <input type="checkbox"/> Procedimenti penali <input type="checkbox"/> Provvedimenti disciplinari <input type="checkbox"/> Altri fatti e/o circostanze</p> <p>che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei confronti dei dipendenti e/o liberi professionisti del Poliambulatorio?</p> <p>Se sì, descrivere dettagliatamente, precisando altresì il o i dipendenti e/o liberi professionisti interessati:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì</p>	<p><input type="checkbox"/> No</p>
<p>17) Indicare l'entità del massimale richiesto:</p>	<p>€ _____</p>	
<p>18) Indicare l'importo del fatturato del Poliambulatorio (compreso quanto fatturato dai singoli liberi professionisti al Poliambulatorio) relativo all'ultimo esercizio o quello preventivato:</p>	<p>€ _____</p>	

Indicare eventuali altre informazioni/dati per i quali gli spazi sopra riportati non siano sufficienti o che comunque risultino utili per la valutazione del rischio:

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione. Tuttavia, qualora la polizza di Responsabilità Civile sia emessa, le dichiarazioni rese nel questionario saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo.

Il Proponente riconosce che:

- Le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio;
- Le dichiarazioni contenute e da esso rese nel presente questionario non concorrono tuttavia a determinare la struttura delle garanzie contrattuali che restano disciplinate esclusivamente dalle condizioni generali e particolari di assicurazione espressamente indicate in polizza.

Luogo e data, _____, _____

Il Proponente _____

MARINE & AVIATION GROUP

RS Risk Solutions srl
Via F. Crispi, 74
80123 Napoli
Tel. 081 0152670 pbx
Fax 0816582233_08119722602

C.F.-P.Iva 07587680633
Rui B000223809
E-mail rs@rsbroker.it
rs@pec.rsbroker.it

Reg. Imp. Napoli 07587680633
Cap. soc. €25.000,00 i.v.