

QUESTIONARIO RC CASE DI CURA

Ragione Sociale _____

Sede Sociale _____

Data di costituzione _____

Ubicazione _____ CAP _____ Prov _____

Il proponente è convenzionato con il S.S.N. SI No

Se sì, specificare con quale A.S.L. e/o Azienda Ospedaliera

Numero totale dei reparti Numero totale sale operatorie
 Numero totale posti letto di cui convenzionati con il SSN

Informazioni specifiche dei REPARTI - DIVISIONI - SEZIONI						
Reparti	Medici		Paramedici		Numero posti letto	Numero interventi annui
	dipendenti	non dipendenti	dipendenti	non dipendenti		
Ginecologia - Ostetricia						
Terapia Intensiva- Rianimazione						
Unità coronatica						
Reparti di chirurgia						
Lungodegenza - Riabili						
Ortopedia						
Chirurgia estetica						
Altro _____						

Nei reparti di Ginecologia/Ostetricia sono previste strutture specializzate di neonatologia SI NO

Nei reparti di Ginecologia/Ostetricia si effettuano attività connesse alla procreazione medico Assistita? SI NO

Esiste servizio di Day Hospital e/o Day Surgery? SI NO
 Se sì per quali specializzazioni e quanti addetti coinvolge _____

L'Ente è in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle Attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private con riferimento al D.P.R. 14/01/1997? SI NO

Notizie sulle apparecchiature ed attrezzature elettromedicali						
Apparecchiature			Disponibilità giornaliera			Marchio IMQ - ISO
Tipologia	Numero	N. Addestiti	24 h	12 h	< 12 h	
T.A.C.						
R.M.N.						
Camera iperbarica						
Defibrillatori						
Elettrobisturi						

Il Proponente dispone di propri mezzi mobili di pronto intervento?

 SI

 No

Se SI indicare:

N. Ambulanze

N.ro Unità mobili di rianimazione

Se NO indicare eventuali convenzioni in atto _____

Esistono protocolli per l'acquisizione del consenso informato finalizzati per tipologia di intervento e/o terapia eseguiti nelle strutture assicurate?

 SI

 NO

Il consenso informato è sempre acquisito in forma scritta

 SI

 NO

Se No indicare per quali tipologie di interventi o terapie viene, di norma preferita l'acquisizione del consenso informato in forma orale rispetto a quella scritta _____

Il modulo del consenso da quali figure sanitarie è controfirmato? _____

I documenti che attestano il consenso sono sempre registrati e custoditi

 SI

 NO

Se si con quali modalità _____

Nel caso di attività svolta all'interno della Casa di Cura da Medici libero professionisti il consenso informato viene acquisito:

- direttamente ed in via del tutto autonoma dal medico libero professionista?
- utilizzando moduli già predisposti approvati dalla Direzione Sanitaria?

 SI

 NO

 SI

 NO

Sono previsti controlli e/o verifiche periodiche sugli standards di qualità e correttezza delle procedure di acquisizione del consenso informato?

 SI

 NO

Se SI, ogni quanto tempo? _____

I protocolli relativi alla redazione/compilazione delle cartelle cliniche prevedono:

disposizioni sulla indicazione cronologica e contestuale di tutti gli atti medici (chirurgici, diagnostici, terapeutici) e aggiornamento quotidiano delle terapie?

 SI

 NO

disposizioni sulla sottoscrizione consensuale delle cartelle cliniche da parte dei sanitari che hanno direttamente seguito il paziente e del medico responsabile del reparto?

 SI NO

disposizioni sulla leggibilità del contenuto delle cartelle cliniche?

 SI NO

verifiche periodiche sugli standards di qualità delle cartelle cliniche?
se SI, ogni quanto tempo _____

 SI NO

Vengono impiegate sostanze radioattive o apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche?

 SI NO

Viene eseguita la distribuzione ed utilizzo del sangue?

 SI NO

Esiste un Centro Trasfusionale con emoteca direttamente gestita?

 SI NO

Viene svolta attività di sperimentazione ai sensi di legge?

 SI NO

La clinica richiede al personale medico(dipendente e non) l'esibizione di polizza R.C: professionale stipulata individualmente?

 SI NO

Indicare il fatturato della clinica

a) nel penultimo esercizio € _____

b) nell'ultimo esercizio € _____

c) previsto per il corrente esercizio € _____

La fatturazione delle prestazioni effettuate dai medici non dipendenti viene effettuata:
dagli stessi medici, direttamente nei confronti dei singoli pazienti
dalla casa di cura, in nome e per conto dei medici

Indicare le retribuzioni erogate al personale dipendente (medico e non)

a) nell'ultimo esercizio € _____

b) previsto per il corrente esercizio € _____

Indicare l'ammontare dei compensi erogati al personale non dipendente (medico e non)

Se Si , indichi gli estremi di dette polizze

a) nell'ultimo esercizio € _____

b) previsto per il corrente esercizio € _____

E' in possesso o ha avuto precedenti contratti di copertura RC professionale per il medesimo rischio?

 SI NO

Se Si , indichi gli estremi di dette polizze

Assicuratore	Data		Motivo della Cessazione
	Effetto	Cessazione	
			<input type="checkbox"/> Scadenza <input type="checkbox"/> Disdetta contrattuale <input type="checkbox"/> Recesso per sinistro <input type="checkbox"/> Altro

Assicuratore	Data		Motivo della Cessazione
	Effetto	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

Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata (per fatto proprio o di collaboratori)?

SI

NO

Se Si indicare il numero di sinistri da RC Professionale relativi agli ultimi 5 anni _____

Causale sinistro: _____			

Data Accadimento	Data Richiesta	Importo	
_____	_____	_____	
Stato	<input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato
La vertenza è stata definita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
E' in corso una vertenza giudiziale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Causale sinistro: _____			

Data Accadimento	Data Richiesta	Importo	
_____	_____	_____	
Stato	<input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato
La vertenza è stata definita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
E' in corso una vertenza giudiziale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Causale sinistro: _____			

Data Accadimento	Data Richiesta	Importo	
_____	_____	_____	
Stato	<input type="checkbox"/> Aperto	<input type="checkbox"/> Pagato	<input type="checkbox"/> Annullato
La vertenza è stata definita?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
E' in corso una vertenza giudiziale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Causale sinistro: _____

Data Accadimento

Data Richiesta

Importo

Stato Aperto

Pagato

Annullato

La vertenza è stata definita?

SI

NO

E' in corso una vertenza giudiziale

SI

NO

24) Alla data odierna è a conoscenza di:

- avvisi di garanzia che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti di suoi collaboratori? Si No
- procedimenti penali che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti dei suoi collaboratori Si No
- procedimenti disciplinari che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti o nei confronti dei suoi collaboratori Si No
- altri eventi noti e /o circostanze e situazioni che potrebbero determinare richieste nei suoi confronti o nei confronti dei suoi collaboratori Si No

Se Si, descriva dettagliatamente tali circostanze _____

25) Indichi l'entità del massimale richiesto

€ 500,000,00 € 1,000,000,00 € 1,500,000,00 € 2,000,000,00 € 3,000,000,00

€ 5.000,000,00 € 10,000,000,00 € 15.000,000,00 € 20,000,000,00 € _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione di assicurazioni. Tuttavia le dichiarazioni espresse nel presente questionario sono base di valutazione per le condizioni contrattuali della polizza e faranno parte integrante della medesima.

Il Proponente riconosce che:

le dichiarazioni contenute e da esso rese note nel presente questionario sono conformi a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio ai sensi degli artt. 189 1893 e 1894 del Codice Civile

Data ____ / ____ / _____

Firma del Proponente

CONSENSO ALL'INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE IN FORMATO ELETTRONICO
(art. 61 Reg. IVASS n .40/2018: Modalità dell'Informativa)

Il sottoscritto (Dati anagrafici del Contraente che rilascia il consenso):

Cognome o Ragione sociale	
Nome	
Codice fiscale o Partita IVA	
Residenza o Sede Legale (Indirizzo + CAP + Comune + Provincia)	

Con la presente, consapevole della facoltà di optare per il formato cartaceo, esprimo il mio consenso all'utilizzo dell'invio in formato elettronico della sola documentazione riguardante la trattativa/polizza; Sono informato che questo mio consenso potrà essere da me revocato in qualsiasi momento mediante invio di posta elettronica o registrazione vocale con l'eventuale addebito degli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo oltre che la perdita dell'eventuale sconto previsto a fronte dell'utilizzo delle modalità elettroniche di ricezione della documentazione.

Il presente consenso non consente l'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni di carattere commerciale.

Luogo e data _____

Firma del contraente _____

INFORMATIVA E CONSENSO PRIVACY **Informativa ex art. 13 del Regolamento EU 679/2016**

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 (di seguito Regolamento), AD HOC S.n.c. con sede in Firenze, Via Antonio Fogazzaro 60 - Titolare del trattamento, Le fornisce le seguenti informazioni:

1. il trattamento dei dati suoi dati personali è effettuato per:
 - a) fornirLe i prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa; desideriamo inoltre informarLa che AD HOC S.n.c. in occasione delle operazioni di trattamento, potrebbe venire a conoscenza anche di Dati che la Legge definisce particolari: come, ad esempio, dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Anche a tale riguardo, Le confermiamo che i Suoi Dati particolari verranno trattati con la massima riservatezza;
 - b) la realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti; tali attività potranno essere realizzate attraverso l'invio di e-mail, fax, SMS, posta cartacea o attraverso contatto telefonico;
2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;
3. il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto a. è obbligatorio e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di ottemperare agli obblighi derivanti dal contratto; il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto b. è facoltativo e un eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità di realizzare attività promozionali commerciali, nonché lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti;

La base giuridica del trattamento dei suoi dati personali si fonda sull'esecuzione del contratto di assicurazione in essere tra le parti e sul conferimento del consenso. In relazione a quest'ultimo, le ricordiamo che lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro
4. i dati personali, che non saranno diffusi, potranno essere comunicati:
 - a) per le attività di cui al punto a. ad altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; legali e periti; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; ad organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero delle Attività produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, ad altri soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria, nonché ad altri soggetti che svolgono attività per conto di AD HOC S.n.c.;
 - b) per le attività di cui al punto b. a società specializzate in promozione commerciale e pubblicitaria, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti o a società che svolgono compiti di natura tecnica ed organizzativa (p.e. attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; registrazione, elaborazione ed archiviazione, anche informatica, dei dati) e previo consenso, ad altre società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per consentirLe di ricevere offerte di prodotti e servizi delle medesime;
5. I suoi dati personali saranno trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera a) per la durata del rapporto assicurativo e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dalla normativa

contabile e fiscale, tali dati saranno inoltre conservati nei limiti dei tempi prescrizionali previsti per l'esercizio dei diritti discendenti dal rapporto instaurato con la nostra società. I dati personali trattati per le finalità di cui al punto 1 lettera b saranno conservati per 24 mesi dall'ultima comunicazione.

6. Al fine di poterLe offrire una gestione delle pratiche più efficace possibile, utilizziamo in parte programmi di verifica, i quali calcolano, in base alle informazioni da Lei fornite nella proposta di assicurazione, il rischio assicurativo e determinano, ad esempio, l'ammontare del Suo premio assicurativo o anche eventuali esclusioni di rischio. Inoltre, con tali programmi determiniamo, in aree parziali e in maniera automatizzata, il nostro obbligo di prestazione in caso di sinistro. I parametri di verifica utilizzati da questi programmi sono determinati in base ai dati attuariali storici, assicurando in tal modo un metro di misura oggettivo. Lei ha la facoltà di rifiutare tali processi automatizzati relativamente alla Sua persona e alle Sue pratiche e richiedere l'evasione manuale della Sua pratica da parte dei collaboratori della nostra Società.
7. Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi; potrà inoltre di opporsi per motivi legittimi al trattamento oppure opporsi in parte al trattamento degli stessi (per es. opponendosi ad una o più delle modalità di contatto indicate nel punto 1.b) della presente informativa). Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi all'indirizzo mail info@adhocassicurazioni.it.

Le ricordiamo infine, che in relazione al trattamento dei suoi dati, lei ha il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo.

Formula di consenso al trattamento dei dati

Acquisite le informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento, ai sensi dell'articolo 6 dello stesso conferisco il consenso al trattamento

- a) (*obbligatorio*) dei dati particolari finalizzato alla fornitura dei prodotti e/o servizi assicurativi, ed in particolare al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto di assicurazione nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e alla comunicazione, per le stesse finalità, ai soggetti di cui al punto 5) della presente informativa.

Firma del contraente/assicurato _____

Firma dell'assicurato se diverso del contraente (*ad es. in caso di polizze collettive*) _____

- b) (*opzionale*) dei dati finalizzato alla realizzazione di attività promozionali commerciali, nonché per lo svolgimento di ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi ricevuti da parte di ADHOC SNC:
(Barrare una o più caselle per indicare la modalità di comunicazione per la realizzazione delle attività menzionate)

e-mail telefono fax SMS posta cartacea

Firma del contraente _____

Luogo e data _____