

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. PQRCP0

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								
Laboratorio di Analisi								
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: _____

<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>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="margin-left: 20px;">b. Le modalità di esecuzione degli stessi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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) Si eseguono attività di diagnostica ostetrico-ginecologica o neonatale (come ad esempio ecografia e risonanza magnetica ostetrica diagnostica)?</p>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
<p>11) Descrizione analitica della tipologia di analisi tecniche di laboratorio eseguite dalla proponente:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>12) 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			

21) 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:

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: _____ _____

 Sì

 No

22) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento in relazione all'esercizio dell'attività professionale dichiarata (per fatto dei dipendenti e/o liberi professionisti)?

Se sì indicare:

- a. N. di Sinistri relativi all'ultimo anno: _____
 b. N. di Sinistri relativi agli ultimi 5 anni: _____

 Sì

 No

23) Elenco sintetico dei sinistri posti a riserva e/o liquidati nell'ultimo quinquennio:

<p>24) Alla data odierna il proponente è a conoscenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>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>	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<p>25) Indicare l'entità del massimale richiesto:</p>	€ _____	
<p>26) Indicare l'importo del fatturato del Poliambulatorio (compreso quanto fatturato dai singoli liberi professionisti al Poliambulatorio) relativo all'ultimo esercizio o quello preventivato:</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 sottaciuto 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 _____