

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ POLIAMBULATORI E STUDI MEDICI

QUESTIONARIO

Avviso Importante

01. La presente proposta deve essere compilata a penna da un rappresentante del proponente. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere in maniera esaustiva e veritiera. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.
02. Tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inefficace la copertura assicurativa, o pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.
03. La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.
Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.
04. La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità non comprende l'attività derivante dall'esercizio presso la struttura richiedente di alcun tipo di attività invasiva, come di seguito definita - 1) la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche; 2) la sutura di ferite traumatiche maggiori; 3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica; 4) il parto, sia naturale che cesareo; qualunque altro intervento ostetrico o ginecologico durante il quale possano verificarsi sanguinamenti; 5) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti; 6) l'iniezione di sostanze per finalità estetiche; 7) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.

01. DATI ANAGRAFICI DEL PROPONENTE

- a. Ragione Sociale:
.....
- b. Sede Legale:
.....
- c. Sede/i Operativa/e:
.....
- d. Sito Internet:
.....
- e. Data di Costituzione:
.....
- f. Partita I.V.A.:
.....

02. INFORMAZIONI FINANZIARIE

- a. Retribuzioni e fatturati:

Anno/ Year	Retribuzioni	Fatturato
Penultimo esercizio finanziario completo		
Ultimo esercizio finanziario completo		
Stima esercizio corrente		
Stima esercizio prossimo		

b. Fonti di reddito:

<i>Pubblico /S.S.N.:</i>	<i>Pazienti Paganti:</i>	<i>Donazioni :</i>	<i>Liberi Professionisti che si appoggiano al Proponente(servizi, struttura, etc.):</i>	<i>Altro (si prega di precisare):</i>
%	%	%	%	%

03. INFORMAZIONI GENERALI

- a. Il Proponente ammette pazienti incapaci di intendere o volere, o che sono detenuti secondo la legislazione sulla salute mentale? Si No
- b. Il Proponente ammette pazienti le cui medicine, sostentamento e attività quotidiane dipendono dal supporto, totale o parziale, di personale infermieristico? Si No
- c. Il Proponente svolge attività/procedure che richiedono l'anestesia generale? Si No
In caso di risposta affermativa fornire dettagli
- d. Nella struttura sono presenti posti letto? Si No
In caso di risposta affermativa quanti? Riferiti a quali reparti/specializzazioni ?
- e. Vengono svolte analisi genetiche e/o prenatali Si No
- f. Indicare tutte le attività/specializzazioni esercitate all'interno della struttura e/o i reparti ed il relativo numero di personale

REPARTO/SPECIALIZZAZIONE	MEDICI DIPENDENTI E/O CONVENZIONATI	MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI

ALTRO PERSONALE	PROFESSIONISTI SANITARI NON MEDICI DIPENDENTI e/o CONVENZIONATI	PROFESSIONISTI SANITARI NON MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI	PERSONALE NON SANITARIO DIPENDENTE e/o CONVENZIONATO	PERSONALE NON SANITARIO LIBERO PROFESSIONISTA

04. COPERTURE RICHIESTE

- a. Indicare il massimale di risarcimento richiesto
 Euro 1.000.000 per sinistro ed Euro 3.000.000 aggregato annuo
 Euro 2.000.000 per sinistro ed Euro 6.000.000 aggregato annuo
- b. Il Proponente richiede di includere in garanzia la responsabilità civile professionale dei liberi professionisti esercenti la professione sanitaria presso/per il Proponente? Si No
- c. Il Proponente richiede di includere in garanzia l'estensione alla Direzione Sanitaria? Si No
- c. Il Proponente richiede l'estensione di copertura agli interventi invasivi così come definiti 7.2 j) del Testo di Polizza? Si No
 Interventi invasivi:
 - 1) la penetrazione chirurgica in tessuti, cavità o organi, compreso l'uso di bisturi, retrattori e ogni tipo di sonde diagnostiche;
 - 2) la sutura di ferite traumatiche maggiori;
 - 3) l'applicazione di cateteri cardiaci e l'esecuzione di tecniche di angiografia o angioplastica;
 - 4) la manipolazione, la sutura o la rimozione di tessuti orali o periorali, inclusi i denti;
 - 5) l'iniezione di sostanze per finalità estetiche;
 - 6) l'utilizzo del laser non strettamente connesso a procedure cutanee.
- d. Il Proponente richiede l'estensione di copertura alla Medicina estetica? Si No
 In caso di risposta affermativa indicare quali tra le seguenti attività si desidera includere in copertura:

<input type="checkbox"/> Tossina botulinica di tipo A	<input type="checkbox"/> Trattamento di radiofrequenza (solo anestesia locale)
<input type="checkbox"/> Filler temporanei	<input type="checkbox"/> Rimozione di nei/cisti/fibroni penduli
<input type="checkbox"/> Mesoterapia	<input type="checkbox"/> Carbossiterapia
<input type="checkbox"/> Peeling chimici	<input type="checkbox"/> Trattamenti laser per ringiovanimento pelle
<input type="checkbox"/> Filler semipermanenti	<input type="checkbox"/> Luce pulsate intensa
<input type="checkbox"/> Microdermoabrasione	<input type="checkbox"/> Luce pulsata
<input type="checkbox"/> Elettrolisi	<input type="checkbox"/> Fotobiomodulazione LED
<input type="checkbox"/> Scleroterapia	<input type="checkbox"/> Trattamenti per contornatura corpo
<input type="checkbox"/> Lavaggio colico	<input type="checkbox"/> Laserlipolisi
<input type="checkbox"/> Filler permanenti	<input type="checkbox"/> Lipolisi per dimagrimento (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Riduzione di cellulite	

05. PRECEDENTI ASSICURATIVI

- a. Il proponente è stato assicurato per questa tipologia di rischi negli ultimi 5 anni? Si No

Assicuratore	Massimale
Franchigia per sinistro	Data di scadenza ultima copertura
Franchigia in aggregato	Numero anni di copertura continua
- b. Vi è mai stata rifiutata o annullata una copertura per questo genere di rischi? Si No
 Se sì, spiegare perché?

06. SINISTROSITÀ PREGRESSA:

- a. Siete a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere? Si No
- b. Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere negli ultimi 5 anni? Si No

In caso di risposta affermativa, fornire borderau sinistri

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, in qualità di rappresentante del proponente, come dichiarato nel punto 1 del presente Modulo di Proposta dichiara quanto segue:

01. di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 01. della presente proposta
02. che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni
03. che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima venga presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.
04. che, in ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonche il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Data:

.....

Firma:

.....

Nome (in maiuscolo):

.....

Qualifica:

.....

05. **Polizza Di Responsabilita' Civile Nella Forma Claims Made**
La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza, a condizione che siano portati a conoscenza degli Assicuratori durante il periodo di validità della polizza.
Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.
06. **Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:**
 - (a) di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "CLAIMS MADE", a coprire i sinistri che
 - (I) si verifichino per la prima volta
 - (II) e siano debitamente notificati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso della durata di questo contratto;
 - (b) di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli di questa polizza :

Art. 1 - Durata del contratto – Facoltà di recesso ad ogni scadenza
Art. 2 - Validità territoriale e temporale dell'assicurazione ("claims made") – Retroattività –
Art. 7 - Esclusioni (comprese quelle dell'assicurazione *claims made*: 7.1, 7.2.a, 7.2.m)
Art. 10 - Clausola Medici e/o Sanitari
Art. 12 - Coesistenza di altre assicurazioni
Art. 15 - Facoltà di recesso per sinistro
Art. 16 - Franchigie
Art. 17 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
Art. 22 - Clausola Intermediario – Forma delle comunicazioni agli Assicuratori.

Firma:

.....

Data:

.....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Firma:

.....

Data:

.....

Nome (in maiuscolo):

.....