

MEDICAL ESTABLISHMENT - MEDICAL PROFESSIONAL LIABILITY
PROPOSAL FORM

QUESTIONARIO R.C.T/O AZIENDE OSPEDALIERE PRIVATE

1. Full name of the Policyholder / *Nome del Contraente per esteso:*

.....
.....
.....

2. Address / *Indirizzo:*

.....
.....
.....

3. Please state your total gross Wageroll (including fees to non-employed staff) for each of the last 5 years / *Si prega di indicare il monteretribuzioni (ivi compresi tutti i pagamenti effettuati a persone non dipendenti)per gli ultimi 5 anni*

- 20.. Euro.....
- 20.. Euro.....
- 20.. Euro.....
- 20.. Euro.....
- 20.. Euro.....

4. Please give a description of your activities for which cover is required / *Si prega di dare una descrizione delle Vs. attività per le quali è richiesta la copertura*

.....
.....
.....
.....
.....

5. Please note that this policy is designed to cover claims made against the Policyholder. If cover is also required for the extension to “gross negligence” in respect of claims made against registered medical practitioners for work performed for the Policyholder, please supply a list of all such doctors for whom coverage is required./ *L’oggetto della polizza consiste nell’indennizzo delle richieste di risarcimento presentate contro il Contraente. Qualora la copertura venisse richiesta anche per l’estensione alla garanzia di “colpa grave” relativamente alle richieste di risarcimento presentate nei confronti dei medici praticanti per le attività svolte per conto del Contraente, si prega di compilare una lista dei medici per i quali è richiesta tale copertura.*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Use separate sheets of paper if necessary/*Allegare fogli aggiuntivi se necessario.*

6. Please give full details about the premises, including number of buildings and their age and any anticipated material developments / *Si prega di fornire il maggior numero di dettagli possibile circa il numero ed il tipo di edifici utilizzati per la Vs. attività*

.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Breakdown of activities / *Suddivisione delle attività:*

	Doctors / <i>Medici</i>	Professional Paramedics / <i>Paramedici Professionali</i>	General Paramedics / <i>Paramedici Generali</i>	N° Beds / <i>N. Posti Letto</i>	N° cases per year / <i>N.interventi per anno</i>
Gynaecology – Obstetrics / <i>Ginecologia - Ostetricia</i>					
Intensive Care / <i>Cura Intensiva</i>					
Coronary Unit / <i>Cardiologia</i>					
General Surgery / <i>Chirurgia Generale</i>					
Heart Surgery / <i>Chirurgia Cardiaca</i>					
Eye Surgery / <i>Oculistica</i>					
Orthopaedic Surgery / <i>Ortopedia</i>					
Neurosurgery / <i>Neurochirurgia</i>					
Other specialised surgery / <i>Altra Chirurgia Specialistica</i>					
Other departments / <i>Altri Riparti</i>					

8. Total number of doctors / *Numero personale medico*

9. Total number of Paramedics / *Numero personale paramedico*:.....

10. Total number of Technical Assistants / *Numero personale tecnico-sanitario*:.....

11. Total number of Auxiliaries / *Numero personale ausiliario*:.....

12. Total number of Technical Operators / *Numero personale tecnico*:.....
13. Total number of Emergency Doctors / *Numero personale specialistico/Guardie Mediche*:.....
14. Total number of Biologists / *Numero biologi*:.....
15. Total number of surgical operations per year / *Numero complessivo degli interventi chirurgici effettuati in un anno*:
.....
16. Total number of emergency operations / *Numero complessivo degli interventi di emergenza*:.....
17. Total number of out patient operations / *Numero prestazioni ambulatoriali*:.....
18. Does the hospital have a blood bank?/*L'Ospedale ha un centro ematologico?*.....
19. Does the hospital operate an ambulance service?/*L'Ospedale offre servizi di ambulanza?*.....
20. Do you always require signed informed consent in respect of any invasive procedure?/*Richiedete sempre il consenso informato relativamente agli interventi attivi?*.....
21. In respect of Maternity and Obstetrics/ *In riferimento alla maternità e l'ostetricia*:
(a) please state/*si prega di specificare*:

- i.) The number of Deliveries per annum
Numero di parti all'anno
- ii.) Multiple Births/ *Parti plurigemellari*
- iii.) Healthy Neonatals/ *Neonati sani*
- iv.) Stillborn Infants/ *Bambini nati deceduti*
- v.) Infants delivered at less than 32 weeks gestation/
Bambini nati a meno di 32 settimane di gestazione
- vi.) Infants delivered at less than 1501 grammes/ *Neonati di peso inferiore a 1501 grammi*
- vii.) Infants with an Apgar rate of less than 6 at five minutes/
Neonati con tasso Agpar inferiore a 6 dopo 5 minuti
- viii) Number of infants admitted to the NICU/SCBU/ *Neonati ammessi ai reparti NICU/SCBU*
- a) from your own Obstetrical Department/
dal vostro Reparto Ostetrico
- b) transferred from entities outside the control of the proposer/ *trasferiti da entità fuori dal controllo del proponente:*
- (b) Is there a resident Obstetrician available 24 hours per day?
C'è un ostetrico interno disponibile 24 ore al giorno? Yes No
- (c) Is an Obstetrician on call available 24 hours per day who is able to attend within 30 minutes?
C'è un ostetrico esterno disponibile 24 ore al giorno in grado di intervenire entro 30 minuti dalla chiamata? Yes No
- (d) Is a resident paediatrician available 24 hours per day who is able to attend within 30 minutes?
C'è un pediatra interno disponibile 24 ore al giorno in grado di intervenire entro 30 minuti? Yes No
- (e) Is an Anaesthetist available solely to the obstetrical department 24 hours a day?
C'è un anestesista dedicato solo al reparto ostetrico disponibile 24 ore al giorno? Yes No

- (f) Is an Anaesthetist on call available to the obstetrical department 24 hours a day who is able to attend within 30 minutes? Yes No
C'è un anestesista disponibile per il reparto ostetrico 24 ore al giorno in grado di intervenire entro 30 minuti dalla chiamata?
- (g) Can emergency Caesarean sections be performed within 30 minutes 24 hours per day? Yes No
I parti Cesarei possono essere effettuati in emergenza entro 30 minuti 24 ore al giorno?
- (h) Can midwives attend births without an attending doctor? Yes No
Il personale ostetrico è autorizzato a facilitare il parto in assenza di dottori?
- (i) Can outside doctors attend their own patients? Yes No
I medici esterni sono autorizzati ad assistere i propri pazienti?
- (j) Please give brief details of the Proposer's policy in respect of mother and foetal Monitoring/*Si prega di fornire brevi dettagli sulla linea di condotta del Proponente rispetto al monitoraggio del feto e della madre:*

22. In respect of Accident and Emergency/*In riferimento al Pronto Soccorso:*

Does the Accident and Emergency department have a minimum of:
Il pronto Soccorso dispone almeno di:

- i.) Comprehensive emergency care available 24 hours a day including anaesthetic, medical and surgical services by resident medical staff, with other speciality consultation available within approximately 30 minutes? Yes No
Personale interno per l'assistenza in condizioni di emergenza disponibile 24 ore al giorno compresi anestesista, medici e chirurghi, e altro personale specializzato disponibile ad intervenire approssimativamente entro 30 minuti?
- ii.) Laboratory and imaging facilities available? Yes No
Ci sono attrezzature da laboratorio e imaging?
- iii.) A triage system? Yes No
Esiste un sistema triage?

If none of the above, please provide full details.

In caso di risposta negativa, si prega di fornire informazioni.

23. Total number of admissions to hospital per year / *Numero ricoveri annui*:.....

24. Total number of beds for each of the last 5 years/*Numero totale di posti letto ultimi 5 anni*

20..

20..

20..

20..

20..

PREVIOUS CLAIMS HISTORY / PRECEDENTI SINISTRI

25. Has any application for these types of insurance cover ever been / *Polizze analoghe a questa Vi sono mai state:*

Declined / *Rifutate ?*.....

Cancelled / *Annullate ?*.....

Required special terms / *Riformate a condizioni peggiorative ?*.....

If Yes, please give all relevant details / *Se Si, si prega di fornire dettagli*.....

.....

.....

26. Please attach a list of all claims, paid and outstanding, subdivided for type of events (GTPL/EL and MEDMAL) made against the Policyholder during the last 5 years indicating the date of the circumstance and all details including nature and amount (paid or outstanding) of the damages / *Si prega di allegare un elenco di tutti i sinistri, suddivisi per tipo di eventi (cioè RCT/RCO e RC prof. Medica) accaduti negli ultimi 5 anni sia per quanto riguarda la responsabilità professionale medica sia*

per quanto riguarda la responsabilità civile generica evidenziando per ogni sinistro la data di avvenimento, la descrizione sintetica dell'accaduto e l'importo liquidato o a riserva

DECLARATION / DICHIARAZIONE

We declare and warrant that after extensive enquiry all statements and particulars contained in this proposal and addenda are true. / *Dopo approfondite indagini, dichiariamo e sottoscriviamo che tutte le informazioni contenute nel presente questionario ed in ogni altro allegato sono veritiere.*

Signature of Legal Representative of the Policyholder / *Firma del Rappresentante Legale del Contraente*

.....

Date /

Data.....