

Spettabile

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso:

le Compagnie del mercato Italiano
le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

____/____/____

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE



FATTURATO COMPLESSIVO		
ANNO	CONSEGUITO	PREVENTIVATO
PROSSIMO	 	
IN CORSO	 	
I° PRECEDENTE	 	
II° PRECEDENTE	 	
III° PRECEDENTE	 	

SITUAZIONE ASSICURATIVA

Sono in corso altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza alla data di compilazione del presente Modulo ?

- NO
 SÌ (compilare quanto segue)

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per sinistro €	Massimale per evento €	
Franchigia €	Premio €	

PRECEDENTI ASSICURATIVI

È mai stato assicurato per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza ?

- NO
 SÌ indicare da quanti anni e riportare gli estremi delle polizze delle ultime 3 annualità

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per evento €	Massimale in aggregato annuo €	
Franchigia €	Premio lordo €	

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per evento €	Massimale in aggregato annuo €	
Franchigia €	Premio lordo €	

Compagnia	Pol. Nr.	Scadenza
Massimale per evento €	Massimale in aggregato annuo €	
Franchigia €	Premio lordo €	

Ha avuto respinte proposte o annullati contratti di assicurazione per gli stessi rischi coperti dalla presente polizza ?

- NO
 SÌ (compilare quanto segue)

Con quali motivazioni?
Da quale/i Compagnia/e?

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE

ATTIVITÀ

SELEZIONARE IL/I CODICE/I ATECO CORRISPONDENTE/I ALLA/E ATTIVITÀ SVOLTE NELLA STRUTTURA

	Codice ATECO		Categoria di rischio
ALTO RISCHIO			
<input type="checkbox"/>	86.22.01	Prestazioni sanitarie svolte da chirurghi	A
<input type="checkbox"/>	86.22.03	Attività dei centri di radioterapia	A
<input type="checkbox"/>	86.22.04	Attività dei centri di dialisi	A
<input type="checkbox"/>	86.22.06	Centri di medicina estetica	A
<input type="checkbox"/>	86.23.00	Attività degli studi odontoiatrici	A
<input type="checkbox"/>	86.90.11	Laboratori radiografici	A
<input type="checkbox"/>	86.90.42	Servizi di ambulanza, delle banche del sangue e altri servizi sanitari	A
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria A (rispetto al totale)			__%
MEDIO RISCHIO			
<input type="checkbox"/>	86.10.30	Istituti e cliniche	B
<input type="checkbox"/>	86.22.09	Altri studi medici specialistici e poliambulatori	B
<input type="checkbox"/>	86.90.12	Laboratori di analisi cliniche	B
<input type="checkbox"/>	86.90.13	Laboratori di igiene e profilassi	B
<input type="checkbox"/>	86.90.21	Fisioterapia	B
<input type="checkbox"/>	86.90.41	Attività degli ambulatori tricologici	B
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria B (rispetto al totale)			__%
MEDIO - BASSO RISCHIO			
<input type="checkbox"/>	86.10.20	Case di cura specialistiche	C
<input type="checkbox"/>	86.21.00	Servizi degli studi medici di medicina generale	C
<input type="checkbox"/>	86.22.02	Ambulatori e poliambulatori del Servizio Sanitario Nazionale	C
<input type="checkbox"/>	86.22.05	Studi di omeopatia e di agopuntura	C
<input type="checkbox"/>	87.20.00	Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	C
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria C (rispetto al totale)			__%
BASSO RISCHIO			
<input type="checkbox"/>	86.10.10	Case di cura generiche	D
<input type="checkbox"/>	86.10.40	Case di cura per lunga degenza	D
<input type="checkbox"/>	86.90.29	Altre attività paramediche indipendenti	D
<input type="checkbox"/>	86.90.30	Attività svolta da psicologi	D
<input type="checkbox"/>	87.10.00	Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani	D
<input type="checkbox"/>	87.30.00	Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	D
<input type="checkbox"/>	87.90.00	Altre strutture di assistenza sociale residenziale	D
<input type="checkbox"/>	88.10.00	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	D
<input type="checkbox"/>	88.91.00	Servizi di asili nido; assistenza diurna per minori disabili	D
<input type="checkbox"/>	87.99.00	Altre attività di assistenza sociale non residenziale	D
Indicare la percentuale delle attività svolte per la Categoria D (rispetto al totale)			__%

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



INDICARE EVENTUALI ATTIVITÀ NON RIPORTATE NELL'ELENCO E LA PERCENTUALE (RISPETTO AL TOTALE):

.....

.....

GARANZIE ASSICURATIVE RICHIESTE

Massimale per sinistro e per anno assicurativo:

<input type="checkbox"/> Euro 1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Euro 3.000.000,00
<input type="checkbox"/> Euro 5.000.000,00

Franchigia per danni da morte o da lesioni a persone:

<input type="checkbox"/> Euro 1.500,00 per sinistro e per anno assicurativo
<input type="checkbox"/> Euro 5.000,00 per sinistro e per anno assicurativo
<input type="checkbox"/> Euro 10.000,00 S.I.R. (Self Insured Retention) per ogni e ciascun avvenimento
<input type="checkbox"/> Euro 20.000,00 S.I.R. (Self Insured Retention) per ogni e ciascun avvenimento

Rimborso compensi in odontoiatria:

<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sì (condizione aggiuntiva soggetta a sopra-premio) + 20% del premio di polizza, per fatturati fino Euro 1.000.000,00 + 10% del premio di polizza, per fatturati oltre Euro 1.000.000,00

INFORMAZIONI RISCHIO COVID

1) Il Proponente ha attuato le misure di prevenzione e protezione imposte dalle direttive nazionali e regionali o dalle Autorità competenti per l'emergenza Covid-19 ?

- NO
- Sì (in caso affermativo indicare la data) _____

2) Il Proponente ha eseguito percorsi di formazione dedicati ai dipendenti ?

- NO
- Sì

3) Il Proponente ha o ha avuto prestatori di lavoro positivi al Covid-19 ?

- NO
- Sì (in caso affermativo indicarne il numero) _____

4) Il proponente ha avuto prestatori di lavoro deceduti per Covid-19 ?

- NO
- Sì (in caso affermativo indicarne il numero) _____

5) Il Proponente ha ricevuto richieste di risarcimento da terzi per Covid-19 ?

- NO
- Sì (in caso affermativo indicarne il numero) _____

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



6) Il proponente sospetta di ricevere richieste di risarcimento da terzi per Covid-19 ?

- NO
 Sì (in caso affermativo fornire dettagli)

SOTTOLIMITE RISCHIO COVID

L'Assicurazione della Responsabilità Civile verso Terzi per sinistri conseguenti a qualsiasi reale, presunta, sospetta o minacciata infezione da SARS CoV2 e qualsiasi mutazione o variazione di tali virus opera con i seguenti sotto-limiti :

- €150.000,00 per Sinistro e per periodo di assicurazione per R.S.A., R.A., Case di Riposo o centri dedicati alla degenza;
- €500.000,00 per Sinistro e per periodo di assicurazione per tutte le altre strutture.

La garanzia per la Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro si intende, tuttavia, operante nei limiti previsti in polizza e nei termini previsti dalla Legge.

SINISTROSITÀ PREGRESSA

- Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 4 anni ?
 NO
 Sì
- Sono note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 4 anni ?
 NO
 Sì

In caso di risposta affermativa ad una od entrambe le domande, fornire le seguenti ulteriori informazioni:

Modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Informazione di garanzia
 Atto di citazione
 Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art. 696 c.p.c
 Richiesta risarcimento danni/reclamo
 Ricevimento di istanza di mediazione
 Verbale di Identificazione
 Altro (specificare):

Tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso
 Altro (specificare):

Dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo:

Luogo dell'evento:
Età del paziente:
Data dell'evento:
Tipologia specifica dell'intervento medico prestato:
Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente:
Chiamata in causa: della Struttura del personale sanitario di entrambi
Ulteriori dettagli

MODULO DI PROPOSTA

POLIZZA DI ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE



Stato del sinistro

È in corso un procedimento penale ?

NO

Sì indicare:

Imputazione:

Stato e grado del procedimento:

Nel caso in cui il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso, indicare:

Condanna a (specificare):

Patteggiamento (specificare):

Assoluzione Proscioglimento:

Non luogo a procedere / Prescrizione

Amnistia / indulto

Decreto penale di condanna:

Qualora sia in corso un procedimento civile ovvero si sia concluso, in caso di accoglimento della domanda attorea indicare l'ammontare del danno liquidato e in caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, indicare lo stato attuale dello stesso:

RIEPILOGO SITUAZIONE SINISTRI

ANNO	N. SINISTRI LIQUIDATI	IMPORTO TOTALE SINISTRI LIQUIDATI	N. SINISTRI RISERVATI	IMPORTO SINISTRI RISERVATI	N. SINISTRI A RISERVA DI IMPORTO NON NOTO
IN CORSO					
I PRECEDENTE					
II PRECEDENTE					
III PRECEDENTE					

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Sara Assicurazioni S.p.A..

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome:

Cognome:

Qualifica:

Luogo e data:

Timbro e firma:

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato