



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.

---

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## QUESTIONARIO

### **STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI RICOVERO A CICLO CONTINUATIVO E/O DIURNO E SERVIZI SOCIALI (non utilizzabile per STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA)**

*Avvertenza: ad ogni quesito il Proponente dovrà dare un'esauriente risposta, pregando di scrivere in stampatello nelle apposite caselle. Se lo spazio a disposizione dovesse essere insufficiente, per favore utilizzare separato foglio indicando per ciascuna risposta il relativo numero del punto del Questionario.*

#### Dati identificativi della Struttura

Ragione sociale ..... Sede sociale .....

Nome della struttura .....

Partita IVA e/o Cod. Fiscale ..... Ubicazione della struttura .....

Website (se disponibile) .....

#### Dati del compilatore

Nome e cognome ..... in qualità di .....

#### Informazioni sull' attività svolta

##### 1. Indicare la tipologia di struttura

- Centro diurno per anziani
- Servizi per l'infanzia
- Alloggi per l'autonomia e alloggi protetti
- Centro socio-educativo diurno
- Centro diurno per l'inclusione o on interventi ad integrazione sociosanitaria (C.E.D.I.S.)
- Ludoteca
- Dormitorio e accoglienza notturna
- assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti
- assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro-sviluppo
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità
- assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche
- assistenza a cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea iscritti al SSN
- assistenza a cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea non in regola con il permesso di soggiorno
- attività c/o ASL, IRCCS, Ospedali e Case di cura
- Altro (specificare):

---



---



---

2. data di costituzione .....

3. numero posti letto (se esistenti) .....

**4. personale:**

a. numero medici dipendenti .....

b. Numero medici non dipendenti .....

Dettagliare attività mediche svolte

c. numero infermieri dipendenti .....

d. numero infermieri non dipendenti .....

e. numero fisioterapisti .....

f. altri operatori sanitari .....

5. Turnazione del personale: specificare la turnazione del personale .....

6. indicare la percentuale di ospiti non autosufficienti sul totale degli ospiti .....

**Informazioni specifiche relative a residenze assistenziali sanitarie**

(indicare per numero di ospiti i dati in relazione a compromissione motoria, compromissione cognitiva e comportamentale e quadro clinico)

**Fatturato:**

— fatturato precedente esercizio Euro .....

— fatturato esercizio in corso Euro .....

— fatturato stimato prossimo esercizio Euro .....

**Polizze in corso e precedenti assicurativi**

Precedenti assicurativi della Struttura (precisare l'esistenza o la cessazione di polizze assicurative contratte dalla Struttura)

Polizze personale sanitario

- NO
- SI

*In caso di risposta SI, la Società si riserva di richiedere successive informazioni*

**Massimale RCT richiesto**

Euro .....

**Sinistri/ricieste di risarcimento e fatti noti degli ultimi 5 anni**

- NO
- SI

*In caso di risposta SI, per ciascun sinistro e richiesta di risarcimento ricevuta fornire le seguenti informazioni: importo, cause, informazioni precise all'accadimento. Relativamente a fatti noti alla Direzione Sanitaria riferiti a danni a persone per i quali non sono state ricevute richieste di risarcimento o non sono stati aperti sinistri su altro contratto di assicurazione allegare la relazione del personale sanitario (cartella clinica, referti,... ). Si precisa comunque che sinistri, richieste di risarcimento e fatti noti non si intendono compresi nella copertura assicurativa richiesta.*



.....  
.....

**Negli ultimi 5 anni ha ricevuto da parte degli Enti competenti contestazioni o contravvenzioni di qualsiasi tipo?**

- NO
- SI

*In caso di risposta SI, fornire le informazioni dettagliate*

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

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione. Tuttavia - qualora la stessa 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 nel presente Questionario sono veritiere e dichiara altresì di non avere sottaciuto alcun elemento che possa influire sulla valutazione del rischio.

Data della compilazione Questionario .....

Timbro e firma del Proponente .....

**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 indagini 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**