

QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA

STRUTTURE SANITARIE

MODULO RACCOLTA DATI Per informazioni tel. 02.89.78.68.11

Ragione sociale contraente polizza _____
Indirizzo _____
Cap _____ Città _____ Pv _____
Tel. _____ Fax _____
E-mail _____
Cod. Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Partita Iva | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Descrizione attività _____

Numero personale medico e non medico operante a qualsiasi titolo _____

Direttore Amministrativo _____
Tel. _____ Fax _____
E-mail _____

Direttore Sanitario _____
Tel. _____ Fax _____
E-mail _____

Responsabile Coperture Assicurative _____
Tel. _____ Fax _____
E-mail _____

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 e dichiara che non ha faciuo, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società. Il Proponente è altresì consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo.

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 pertanto di avere 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 _____

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 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

Data di costituzione

Il Proponente è accreditato presso il S.S.N. ?

SI NO

In caso affermativo specificare con quale A.S.L. e/o Azienda Ospedaliera:

.....

Risultano attività svolte in mancanza dell'autorizzazione prescritta dalla legge?

SI NO

In caso affermativo, specificare quali e i motivi:

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

Attività svolte

(barrare le caselle)

attività in aree della prevenzione collettiva e sanità pubblica

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi programmi vaccinali
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- salute animale e igiene urbana veterinaria
- sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- attività medico legali per attività pubbliche

attività distrettuale

- assistenza sanitaria di base (compresa continuità assistenziale e assistenza turisti)
- emergenza sanitarie territoriale (compresi interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti, attività assistenziali e organizzative in occasione di maxi-emergenze, eventi a rischio nucleare, biologico, chimico e radiologico (NBCR), attività assistenziali in occasione di eventi e manifestazioni)
- assistenza farmaceutica erogata attraverso farmacie convenzionate
- assistenza farmaceutica erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri
- assistenza integrativa (erogazione di dispositivi medici monouso, erogazione di presidi per persone affette da malattia diabetica o da malattie rare ed erogazione di prodotti dietetici)

Informazioni sugli operatori sanitari

Personale dipendente:

- a) N° Medici di cui: N° che non effettuano interventi chirurgici
- N° che effettuano interventi chirurgici
- b) N° altri operatori sanitari

Personale convenzionato:

- c) N° Medici di cui: N° che non effettuano interventi chirurgici
- N° che effettuano interventi chirurgici
- d) N° altri operatori sanitari

Libero professionisti:

- e) N° Medici di cui: N° che non effettuano interventi chirurgici
- N° che effettuano interventi chirurgici
- f) N° altri operatori sanitari

Fatturato

Precedente esercizio

Ultimo esercizio

Prossimo esercizio

Attività libero professionali svolte dagli operatori professionali o nell'adempimento di proprie obbligazioni contrattuali assunte con pazienti **SI NO**

In caso affermativo fornire dettagli

.....

.....

.....

.....

.....

Percentuale di attività libero professionale svolta dagli operatori professionali o nell'adempimento di proprie obbligazioni contrattuali assunte con pazienti sul fatturato complessivo

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*

.....

.....

Massimali richiesti

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.

.....

.....

.....

.....

.....

Sinistri/ricieste di risarcimento e fatti noti degli ultimi 10 anni riferite a impianti, macchinari e attrezzature utilizzati per l'esercizio dell'attività assicurata

- 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