ASSIMEDICI
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI
una storia che continua...

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 taciuto, 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 _____

QUESTIONARIO STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA E STRUTTURE SOCIOSANITARIE RESIDENZIALI

Avvertenza generale: 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.

Ragione sociale, Sede Legale e P. IVA

Ubicazione/i *(se diversa/e da quella/e indicata/e in Ragione Sociale)*

Nome della struttura *(se diverso da ragione sociale)*

Website *(se disponibile)*

Dati del compilatore

Nome e cognome _____

in qualità di _____

Data di costituzione	Data autorizz. SSN (1)	Data accreditam. SSN (1)	Data convenzion. SSN (1)

(1) Qualora risultassero attività svolte in mancanza di autorizzazione e accreditamento specificare quale/i e i motivi su foglio separato

Attività svolte *(barrare le relative caselle)*

[ ] 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
[ ] 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)
[ ] assistenza specialistica ambulatoriale
[ ] assistenza protesica
[ ] assistenza termale
[ ] assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale (compresi percorsi assistenziali integrati, cure domiciliari di livello base, integrate di I livello, integrate di II livello, integrate di III livello, cure palliative domiciliari assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro-sviluppo, assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali, assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità, assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche)
[ ] 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
[ ] pronto soccorso
[ ] interventi chirurgici che prevedono ricovero in regime ordinari
[ ] ricovero ordinario per acuti
[ ] *day surgery*
[ ] *weekly surgery*
[ ] *day hospital*
[ ] riabilitazione e lungodegenza post acuzie
[ ] attività trasfusionali
[ ] attività di trapianto di cellule, organi e tessuti
[ ] centri antiveleni (CAV)
[ ] donazione di cellule riproduttive
[ ] assistenza specifica a particolari categorie (p. es. assistenza agli invalidi, persone affette da malattie rare, persone affette da malattie croniche e invalidanti, persone affette da fibrosi cistica, nefropatici cronici in trattamento dialitico, persone affette da morbo di Hansen, persone con infezione da HIV/AIDS, persone detenute ed internate negli istituti penitenziari e minorenni sottoposti a provvedimento penale, assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità, persone con disturbi dello spettro autistico
[ ] assistenza sanitaria all'estero
[ ] 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
[ ] medicina complementare o alternativa

[ ] altre attività (specificare quale/quali):

Prestazioni sanitarie erogate nell'ultimo anno			
Attività sanitarie che non prevedono interventi chirurgici divise per specialità medica	**Numero prestazioni**	**Numero medici**	**Numero altri operatori sanitari**

Attività sanitarie che prevedono interventi chirurgici divise per specialità medica (esclusi interventi di day-surgery e week-surgery)	Numero prestazioni	Numero medici	Numero altri operatori sanitari

Interventi di day-surgery e week-surgery (2)	Nome prestazione	Numero prestazioni
Interventi sul sistema nervoso		
Interventi sull'occhio		
Interventi sul sistema endocrino		
Interventi sull'orecchio		

Interventi su naso, bocca e faringe		
Interventi sul sistema respiratorio		
Interventi sul sistema cardiovascolare		
Interventi sul sistema ematico e linfatico		
Interventi sull'apparato urinario		
Interventi sugli organi genitali maschili		
Interventi sugli organi genitali femminili		
Interventi ostetrici		
Interventi sull'apparato muscoloscheletrico		
Interventi sui tegumenti		
Altre procedure diagnostiche, chirurgiche e terapeutiche		

(2) per l'elencazione degli interventi di day-surgery si fa riferimento all'elencazione di cui all'Accordo Stato-Regioni dell'1 agosto 2002 e a successive disposizioni del Ministero della Salute o atti normativi specifici

Informazioni specifiche su strutture assistenziali residenziali e semiresidenziali	
Numero posti letto autorizzati	_____ di cui: 1) accreditati _____ 2) contrattualizzati _____ 3) solventi _____
Turnazione del personale	
Percentuale media di ospiti non autosufficienti sul totale degli ospiti (3)	
Servizi aggiuntivi compresi o a pagamento	1) Lavanderia e stireria di indumenti SI NO 2) Podologo/Barbiere e Parrucchiere SI NO 3) Servizi di trasporto SI NO
All'interno della struttura è previsto nucleo Alzheimer?	SI NO In caso di risposta affermativa indicare il numero di ospiti/anno _____

(3) la percentuale deve tenere conto della identificazione della compromissione motoria degli ospiti (scala Barthel, basata sui tempi per il trasferimento dal letto alla sedia e viceversa, la deambulazione, la locomozione su sedia a rotelle, l'igiene personale e l'alimentazione in correlazione con classi identificate in relazione alle patologie riferite all'apparato gastro-intestinale, all'apparato genito-urinario, al sistema muscolo-scheletrico e cute e al sistema nervoso centrale e periferico), della identificazione della compromissione cognitiva e comportamentale degli ospiti (scala Gottfiries Brane Stesene, relativa alla confusione, irritabilità e irrequietezza e le classi relative e patologie psichiatrico-comportamentali quali la demenza, l'ansia, la depressione e l'agitazione della scala Cumulative Illnes Rating Scale; e dall'identificazione del quadro clinico degli ospiti e delle comorbilità. Quanto sopra tenuto conto anche delle cosiddette SOSIA (Schede di osservazione intermedie di assistenza)

Informazioni sugli esercenti la professione sanitaria	
	Numero
Medici dipendenti	
Medici libero-professionisti	
Medici convenzionati	
Infermieri	
Fisioterapisti	
Altri operatori sanitari	
Altri operatori di arti ausiliarie la professione sanitaria	

Attività libero professionali svolte dagli operatori professionali o nell'adempimento di proprie obbligazioni contrattuali assunte con pazienti.	**SI**	**NO**
In caso affermativo fornire maggiori dettagli:		

Fatturato della struttura	
Ultimo esercizio (n)	Euro
Esercizio precedente (n-1)	Euro
Prossimo esercizio (indicativo) (n+1)	Euro

Fatturato riferito a prestazioni libero-professionali o convenzionate degli esercenti la professione sanitaria	
Ultimo esercizio (n)	Euro
Esercizio precedente (n-1)	Euro
Prossimo esercizio (indicativo) (n+1)	Euro

Polizze in corso e precedenti assicurativi		
Compagnia di assicurazioni	Periodo di copertura	Massimale

Il Proponente è ricorso alle Misure analoghe assicurative previste dalla legge?	SI	NO
In caso affermativo fornire maggiori dettagli:		
Al Proponente sono state annullate polizze per sinistro	SI	NO

In caso affermativo fornire maggiori dettagli	

Altre informazioni		
Sono state intraprese azioni per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti?	SI	NO
Fornire dettagli:		
Il Proponente ha istituito al proprio interno la funzione Valutazione dei Sinistri?	SI	NO
Fornire dettagli:		

Sinistri e richieste di risarcimento		
Il Proponente ha denunciato sinistri o ha ricevuto richieste di risarcimento negli ultimi 10 anni?	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli (4)		

(4) In caso di risposta SI, per ciascun sinistro e richiesta di risarcimento ricevuta fornire le seguenti informazioni: importo, cause, informazioni precise dell'accadimento.
Si precisa comunque che sinistri, richieste di risarcimento e fatti noti non si intendono compresi nella copertura assicurativa richiesta.

Il Proponente è a conoscenza di fatti noti che possano generare sinistri o richieste di risarcimento? (5)	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli		

(5) per Fatto Noto si intendono: fatti e circostanze (quali a titolo esemplificativo denunce cautelative, querele, atti giudiziari e avvisi/informazioni di garanzia, indagini sequestri o acquisizioni di cartelle cliniche) che potrebbero determinare in futuro - o abbiano anche in parte già determinato - richieste di risarcimento da parte di terzi conseguenti alle attività assicurate, conosciute dal Contraente/Assicurato, o qualunque evento o fatto che per le modalità di accadimento possa rappresentare un rischio concreto di operatività della garanzia di polizza che potrebbe determinarsi in futuro

Il Proponente ha registrato casi di infezioni correlate all'assistenza (ICA) negli ultimi 10 anni (6)	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli		
Più in generale precisare i Protocolli operativi per la prevenzione e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza:		

(6) per infezioni correlate all'assistenza si intendono: infezioni del flusso sanguigno associate a catetere centrale (CLABSI), infezioni del tratto urinario associate a catetere (CAUTI) infezioni di siti chirurgici (SSI) polmoniti associate a ventilatore e infezioni da contaminazione incrociata delle precedenti

Il Proponente ha registrato casi di malattie infettive (7) negli ultimi 10 anni	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli		
Più in generale precisare i Protocolli operativi per la prevenzione e il contenimento delle malattie infettive:		

(7) il Proponente può fare riferimento al DM 7 marzo 2022 e ss.mm.ii. e a https://www.salute.gov.it)

Il Proponente ha denunciato sinistri o ricevuto richieste di risarcimento negli ultimi 10 anni o è a conoscenza di fatti noti (come sopra descritti) riferite a impianti, macchinari e attrezzature (medicali o non), utilizzate nell'esercizio dell'attività?	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli		

Il Proponente ha ricevuto da parte degli Enti competenti contestazioni, multe o contravvenzioni di qualsiasi tipo?	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli		

Il Proponente è a conoscenza di episodi di violenza o vessazioni tra ospiti/pazienti o tra addetti o tra addetti e ospiti/pazienti o da parte di terzi nei confronti di addetti o ospiti/pazienti avvenuti negli ultimi 10 anni?	SI	NO
In caso di risposta affermativa fornire dettagli		

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
Firma del compilatore

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **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

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
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 Steffano, 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

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Roma - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001