

Assicurazione della Responsabilità Civile - Aziende Sanitarie Locali/Aziende Ospedaliere

Proposta / Questionario

AVVISI IMPORTANTI

- I** E' nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione da parte di _____ del rischio che le proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra. In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi invitiamo a consultare il Vostro broker.
- II** La polizza che verrà emessa da _____, in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, sarà soggetta al principio del cd. *claims made* in base al quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento ed i procedimenti di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate a _____ nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

* * *

1.	INFORMAZIONI SUL PROPONENTE E SULLA SUA STRUTTURA <i>Informations on the Proposer and its structure</i>	
1.1.	Ragione Sociale <i>Full Name of the Authority:</i> AZIENDA OSPEDALIERA BROTZU	
1.2.	Comuni e territorio di competenza <i>Municipalities and regions managed:</i> CAGLIARI	
1.3.	Composizione delle Strutture Ospedaliere <i>Hospital Structures Composition:</i> 3 PRESIDI DI CUI 1 AD ALTA SPECIALIZZAZIONE	
	Esistono Presidi e/o Unità Ospedaliere <i>do Hospital Units and/or Remedies exist?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	In caso affermativo specificare: <i>if "YES" please specify:</i> Ospedale San Michele Ospedale Oncologico Businco Ospedale Microcitemico Cao	
1.4.	Vi siete accorpati o scorporati negli ultimi 5 anni da preesistenti USL/ASL? (Se Sì, si prega di fornire informazioni) <i>Have you been merged or demerged in the last 5 years with/from a pre-existing Local Health Authority? If so please provide full details.</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	In caso affermativo specificare quali <i>If "YES" please give some details:</i> Dal 1.7.2015 i due ospedali: Ospedale Oncologico Businco Ospedale Microcitemico Cao	
1.5.	La A.O. proponente per la propria attività è collegata a Cliniche, Università e/o Istituti di Ricerca <i>Does Your M.L.U./H.E. make use of Hospital Departments or University Structures:</i>	<input type="checkbox"/> Sì/yes <input checked="" type="checkbox"/> No
	In caso affermativo precisare quali: <i>If "YES" please give some details:</i>	
	Viceversa, le Cliniche, ecc. si servono delle strutture della A.O. <i>Do the Hospital Departments make use of Your</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No

M.L.U./H.E. Structures?	
<p>Indicare, inoltre, gli eventuali compensi spettanti a Cliniche, Università e/o Ist. di Ricerca: <i>Write besides the possible pay due to the Hospital Departments, Universities and/or Research Institutes :</i></p>	

2.	SITUAZIONE RELATIVA AL PERSONALE E RETRIBUZIONI EROGATE <i>Informations about the personnel and the paid wages</i>	
2.1	Personale Dipendente / Staff:	
	Personale MEDICO / Medical Staff	N° Totale/ Total No
	<i>Di cui: Specialisti che <u>non effettuano</u> interventi chirurgici</i> <i>Specialists <u>not performing</u> surgical operations</i>	416
	<i>Di cui: Specialisti che <u>effettuano</u> interventi chirurgici</i> <i>Specialists <u>performing</u> surgical operations</i>	294
	"SPECIALIZZANDI" ex D.Lgs n° 368/99 <i>"Specializing" Medical Staff</i>	N° Totale/ Total n°/
	Personale PARAMEDICO / Paramedical Personnel	N° Totale/ Total No
	<i>Di cui: <u>Professionali</u></i> <i><u>Professional Personnel</u></i>	1659
	<i>Di cui: <u>Non Professionali (Generici)</u></i> <i><u>General Practitioners</u></i>	24

2.2 Vi preghiamo di indicare le "retribuzioni" del Vostro personale come segue:
Please state your employed staff gross wages as follows:

- A) Ammontare complessivo di tutti gli **STIPENDI** e **SALARI** corrisposti a tutti i dipendenti di ogni ordine e grado, siano o non siano soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro;
- B) Il TOTALE dei compensi corrisposti ai **lavoratori parasubordinati**;
- C) Il TOTALE dei compensi relativi all'**attività intramuraria** libero professionale;
- D) Il TOTALE degli emolumenti riconosciuti ai componenti del **COMITATO ETICO**;
- E) Il TOTALE delle **fatture** pagate alle ditte regolarmente autorizzate per i lavoratori interinali o ai "Soggetti Somministratori" per la fornitura di manodopera al Contraente in qualità di "Utilizzatore" ai sensi della L. 14.02.03 n.30 e del D.L. 10.09.03 n.276, ESCLUSIVAMENTE in riferimento al comparto medico e paramedico.

	Anno/year 2013	Anno/year 2014	Anno/year 2015	Anno/year 2016	Anno/year 2017
A)	100.299.000	99.706.000	127.439.000	155.010.000	157.589.000
B)	3.158.055	1.267.156	1.248.023	1.334.635	1.025.000
C)	1.711.000	1.348.000	2.607.000	2.753.000	2.423.000
D)					
E)					
Totale	106.168.055	102.321.156	131.294.635	159.097.635	161.037.000

3.	INFORMAZIONI GENERALI <i>General informations</i>	
3.1	Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? <i>Have there been any structural changes in your business or any important new developments likely to occur over the next 12 months?:</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
3.2	Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina? <i>Do you specialise in any area or are you a centre of excellence for any discipline?:</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
3.3	informazioni sugli ospedali di competenza <i>full details of hospitals managed:</i>	
	Numero di ospedali / No of hospitals:	3
	Numero di letti / No of beds:	828
	Numero di sale operatorie / No of operating theatres:	vedi NSIS
	Numero di reparti / No of wards:	69
	Numero totale di pazienti ammessi lo scorso anno <i>Total number of patients admitted in the last year:</i>	40044
	Di questi, quale percentuale proveniva da Stati Uniti d'America e Canada? <i>Of these what percentage were from the USA and Canada?:</i>	0

Indicare il numero dei posti letto / No of beds over the years

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
579	579	579	579	560	822	828	838	838

Al 31/12 di ciascun anno

Specializzazione <i>Specialisation</i>	Nr. Chirurghi <i>Surgeons</i>	Nr. altri medici <i>Other Doctors</i>	Paramedici <i>Para-medics</i>	Nr. di letti <i>No of beds</i>	Nr. di prestazioni per branca specialistica <i>No of performances for specialistic law</i>
Pronto soccorso ed Emergenza/ <i>Accident & Emergency</i>		21	54		
Angiologia/Angiology					
Chirurgia Vascolare/Vascular surgery	14		27	23	
Cardiochirurgia					
Ematologia +ctmo				44	
Medicina trasfusionale/Transfusion medicine		17	50		
Neurochirurgia				34	
Radiologia/Radiology		52	128		
Cardiologia+utic <i>Cardiology</i>		47	85	51	
Cardioriabilitazione				10	
Chirurgia Generale/Surgery	15		55	79	
Chirurgia pediatrica				12	
Chirurgia toracica				8	
Cure dentarie e Stomatologia/ Dentistry & stomatology				4	
Medicina Geriatrica/Geriatrics medicine				73	
Gastroenterologia				25	
Anestesia eTerapia		80	114	33	

intensiva <i>Anaesthesia and Intensive Care</i>					
Morbo di Hansen/Hansen's Disease					
Nefrologia				33	
Oncologia medica				70	
Otorino/Otoralyngology	3		4	2	
Neurologia Neurology		15	56	44	
Neuroriabilitazione				17	
Ginecologia e Ostetricia/ Gynecology & Obstetrics	18		55	55	

Specializzazione/ Specialisation	Nr. Chirurghi Surgeons	Nr. Altri medici Other Doctors	Paramedici Para-medics	Nr. Di letti No of beds	Nr. Di prestazioni per branca specialistica No of performances for specialistic law
Oftalmologia Ophthalmology	11		30	6	
Ortopedia Orthopaedics	12		26	19	
Neonatologia (+ UTIN) e Pediatria/Neonatology & Paediatrics		47	90	106	
Psichiatria Psychiatry				10	
Radioterapia				16	
Urologia				27	
Patologia Clinica (Lab. Analisi)/Clinical pathology (analysis lab.)		16	79		
Anatomia Patologica/Morbid Anatomy		14	19		
Malattie apparato respiratorio/Respiratory Disease					
Area Farmacia/ pharmacy area			3		
“Blocco Operatorio”/ “Surgery Block”			14		
Microbiologia + Virologia/Microbiology + Virology					
Servizio Dietologia/Nutrizionism			4		

<i>service</i>				
Direzione Sanitaria Aziendale/Sanitary Administration		1		
Direzione Medica di Presidio/Medical Administration Aid		15	28	
Servizio Informatico Locale/Information Service				
TOTALE / Total				
Altre figure professionali (biologi, farmacisti, ass. Soc. Etc...)	449			

VEDI TABELLA ALLEGATA

NUMERO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE SUDDIVISE PER BRANCA SPECIALISTICA										
<i>Medical Services rendered by specialization</i>										
Specializzazione / Specialisation	2013		2014		2015		2016		2017	
	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>
Angiologia / Angiology										
Chirurgia Vascolare / Vascular surgery										
Medicina trasfusionale / Transfusion medicine										
Radiologia / Radiology										
Cardiologia+utic / Cardiology										
Chirurgia Generale / Surgery										
Cure dentarie e Stomatologia / Dentistry & stomatology										
Medicina Geriatrica / Geriatrics medicine										
Anestesia eTerapia intensiva / Anaesthasy and Intensive Care										
Morbo di Hansen / Hansen's Disease										
Otorino / Otoralynqology										

NUMERO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE SUDDIVISE PER BRANCA SPECIALISTICA										
<i>Medical Services rendered by specialization</i>										
Specializzazione / Specialisation	2013		2014		2015		2016		2017	
	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>	Nr. di prestazioni <i>No of services</i>	... di cui operazioni chirurgiche <i>No of Surgical Operations</i>
Neurologia <i>Neurology</i>										
Ginecologia e Ostetricia / <i>Gynecology & Obstetrics</i>										
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>										
Ortopedia <i>Orthopaedics</i>										
Neonatologia (+ UTIN) e Pediatria / <i>Neonatology & Paediatrics</i>										
Psichiatria <i>Psychiatry</i>										
Patologia Clinica (Lab. Analisi) / <i>Clinical pathology (analysis lab.)</i>										
Anatomia Patologica / <i>Morbid Anatomy</i>										
Malattie apparato respiratorio / <i>Respiratory Disease</i>										
Microbiologia + Virologia / <i>Microbiology + Virology</i>										
Servizio Dietologia / <i>Nutritionism service</i>										
Oncologia / <i>Oncology</i>										
Dermatologia / <i>Dermatology</i>										
Urologia / <i>Urology</i>										
Altro / <i>Other *</i>										
TOTALE / <i>Total</i>										

* Si prega di integrare la tabella di cui sopra con le ulteriori specializzazioni eventualmente non indicate.

3.5	Informazioni riguardanti il reparto di OSTETRICIA e GINECOLOGIA. <i>Please provide full details of Obstetrics & Gynecology</i>	
	Quanti sono i parti in un anno? <i>Number of deliveries per annum:</i>	Circa 850
	- parti gemellari / multiple births:	10
	- bambini nati morti / stillborn infants	4

	Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno? <i>Is an obstetrician on call 24 hours per day?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	Esiste anche una seconda ostetrica reperibile 24 ore al giorno in grado di essere presente in 30 minuti? <i>Is a second obstetrician on call 24 hours a day who is able to attend within 30 minutes?</i>	<input type="checkbox"/> Sì/yes <input checked="" type="checkbox"/> No
	Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno? <i>Is a pediatrician available in-house 24 hours per day?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	I cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti per 24 ore al giorno? <i>Can emergency caesarians be performed within 30 minutes 24 hours per day?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	Le levatrici possono assistere al parto senza un medico assistente? <i>Can midwives attend birth without an attending doctor?</i>	<input type="checkbox"/> Sì/yes <input checked="" type="checkbox"/> No

<p>Fornite servizi di assistenza per genitori in seguito ad aborto, morte perinatale o nascita di bambini handicappati?</p> <p><i>Do you offer counselling services for parents following miscarriage or perinatal death or the birth of handicapped children?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Si/yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
---	--

Numero dei parti negli ultimi 10 anni / No of deliveries over the years

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1419	1142	1140	1229	1141	1031	874	898	885	700

3.6	Servizi di terapia/assistenza prestati: <i>Counselling Services Provided</i>	
------------	--	--

Tipo di terapia/assistenza <i>Type of Counselling</i>	Personale utilizzato <i>Staff employed</i>	Nr di pazienti <i>No of patients</i>
Fecondazione assistita <i>Assisted conception</i>		Si (Businco) No (San Michele)
Alcolismo/tossicodipendenza <i>Drug/Alcohol dependency</i>		Si (minori - neuropsichiatria infantile)
Chirurgia plastica volontaria <i>Elective Cosmetic surgery</i>		NO
Interruzione di gravidanza volontaria <i>Elective abortion</i>	Medico Ostetrica	
Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica <i>Gender reassignment</i>		Si (minori - neuropsichiatria infantile) No (San Michele)
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili <i>HIV / Hepatitis / STD</i>	Medico Ostetrica Infermiere	Tubarica in corso di taglio cesareo Ostetricia Sala parto ambulatori Gravidanza a rischio ginecologia disfunzionale chirurgia microinvasiva endoscopia
Sterilizzazione <i>Sterilisation</i>	Medico Medico	
Altro- (specificare) <i>Other please specify</i>		

Totale / Total		
-----------------------	--	--

3.7	Prestate servizi di day hospital? <i>Do you have Day hospital facilities?</i>	/ Sì/yes x No
	Se Sì, Vi preghiamo di specificare il numero di visite di pazienti e discipline di specializzazione: <i>If yes, please provide No of patient visits and areas of specialisation</i>	??
3.8	Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? <i>Do you own and utilise your own ambulances?</i>	x Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	Se sì, specificare Nr di ambulanze: <i>If Yes, please provide Nr. of ambulances.</i>	5 = due "San Michele", una "Businco", una "Cao" + una sostitutiva.
	Nr di unità mobili di rianimazione: <i>Nr. of intensive care mobile units.</i>	No: Le nostre Autoambulanze non sono comunque medicalizzate ... qualora la struttura di Rianimazione dovesse trasportare un paziente, trasporta con sé tutta l'attrezzatura occorrente assegnata al Reparto stesso.
Se No, specificare come si è organizzati	Le nostre Autoambulanze vengono utilizzate per il trasporto di pazienti a cui vengono praticate prestazioni presso i PP.OO. dell'hinterland cagliaritano e/o in caso di dimissioni c.d. "protette" verso le strutture di accoglienza per svolgervi ulteriori periodi terapeutici	Se No, specificare come si è organizzati <i>If no, please specify arrangements made</i>

3.9	Esiste Eliporto <i>Does a Heliport exist?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
3.10	Avete una banca del sangue? <i>Do you have a blood bank?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No
	Se Sì, specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: <i>If so please advise number of blood units consumed annually:</i>	
	Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? <i>Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines?</i>	<input type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No

3.11	Sono previsti Servizi Specialistici a supporto dei Reparti: <i>Are there Specialistic Services to support the Wards? :</i>	/ Si/yes <input type="checkbox"/> No
	In caso affermativo compilare la seguente tabella, relativa alle Apparecchiature in dotazione, riportando eventuali notizie tecniche nella colonna NOTE: <i>if "YES", please complete the following table about the equipments, writing all the possible technical notes in the NOTES column :</i>	

APPARECCHIATURE <i>Equipments</i>		Numero Addetti <i>Insiders No.</i>	Disponibilità Giornaliera <i>Daily Availability</i>			Manutenzione a Norme CEI 1276G CEI 64/4 <i>Maintenanc e according to law CEI 12676G CEI 64/4</i>		NOTE <i>NOTES</i>
			24 ore <i>24 hours</i>	12 ore <i>12 hours</i>	< 12 ore <i>less than 12 hours</i>	SI <i>YES</i>	NO	
Tipologia <i>Typology</i>	Numero <i>No.</i>							
T.A.C.	7		7			si		
R.M.N.	4		7			si		
Defibrillatore <i>Defibrillator</i>	100 circa					si		
Elettrobisturi <i>Electrosurgical Needle</i>	20					si		
altro								

3.12	I reparti di Chirurgia sono autorizzati per interventi di espianto e trapianto di Organi <i>Are the Surgery wards authorized to explantation and transplant operations:</i>	x Si/yes <input type="checkbox"/> No
-------------	---	---

4.	CONSENSO INFORMATO <i>Informed Consent</i>	
	NOTA Se una qualsiasi delle risposte che seguono è NO, si prega di fornire informazioni complete. <i>If any answer is No, please provide full details.</i>	
4.1	Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura? <i>Is informed consent required from patients prior to treatment?</i>	si
	In tutti i casi? <i>In all cases?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
	Per iscritto? <i>In writing?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
4.2.	In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente? <i>In the case of complex treatments are consent forms required for each subsequent and/or different treatment?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
4.3	Chi controfirma i documenti del consenso informato? <i>Who countersigns the informed consent documents?</i>	Il medico somministrante
4.4	Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati? <i>How are they filed and how long are they kept?</i>	perenne
4.5	La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare? <i>Is non compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?</i>	si
4.6	I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica? <i>Are the forms and/or controls periodically audited?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No

4.7	<p>Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato? <i>Which is the involvement of a minor in the acquisition of the informed agreement?</i></p>	
	<p>Mai / never</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>
	<p>Solo in alcuni casi quali ad esempio interventi chirurgici demolitivi / only in certain cases as for example surgical operation</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
	<p>Solo su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore / Only with an express request of the minor's Legal Representatives</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>
4.8	<p>Ove il paziente o, nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi legali non acconsentano a rilasciare il consenso informato per rinuncia all'informazione, dissenso ai trattamenti terapeutici, rifiuto delle prestazioni sanitarie o altra motivazione, tale manifestazione di volontà viene sempre acquisita per iscritto e debitamente documentata e conservata? <i>if the patient or the minor or adults subjects submitted to legal custody and legal representatives consent to give the informed agreement to information's renunciation, therapeutical treatment's dissent, medical services' rejection or any other reasons, does this will's manifestation is always acqired in black and white, properly documented and saved?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Sì/yes <input type="checkbox"/> No</p>

5.	CARTELLE CLINICHE <i>Case Notes</i>	
5.1	I protocolli standard delle cartelle cliniche prevedono: / Do standard case note protocols demand:	
	Una registrazione completa di tutte le procedure mediche intraprese e le decisioni prese aggiornate quotidianamente ? <i>A complete record of all medical procedures undertaken and decisions made updated on a daily basis?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
	La corretta trascrizione di tutti i dati? Datas' exact transcription?	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
	Disposizioni sulla indicazione cronologica e contestuale di tutti gli atti medici (chirurgici, diagnostici, terapeutici) e aggiornamento quotidiano delle terapie? <i>disposals about the chronological and contextual recommendation of all the medical acts (surgical, diagnostic, therapeutical) and the daily therapies' updating:</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
	Disposizioni sulla leggibilità del contenuto delle cartelle cliniche? <i>Disposals about the readability of the clinical records' contents</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No
5.2	Ogni quanto tempo queste sono riviste e chi è responsabile della controfirma? <i>How often are these reviewed and who is responsible for countersigning them?</i>	Come da normativa dpr 128/69

6.	GESTIONE DEI RECLAMI E DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO <i>Management of Complaints and Claims</i>	
6.1	Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/ricieste di risarcimento <i>Please provide details of the procedures in place for dealing with the following complaint/claims.</i>	
6.2	Procedura in uso per un paziente che fa un <u>reclamo verbale</u> di presunta lesione e/o <u>negligenza</u>: <i>The procedure for dealing with a patient who makes a <u>verbal</u> complaint of an alleged injury and/or negligent act:</i> I reclami verbali vengono generalmente proposti nella struttura in cui è avvenuto il presunto danno ovvero all'URP aziendale. Quando i reclamanti si rivolgono direttamente all'Ufficio Legale si forniscono all'utente informazioni che confermano l'esistenza di una polizza assicurativa aziendale	
6.3	Procedura in uso per un paziente che fa un <u>reclamo scritto</u> di presunta lesione e/o <u>negligenza</u>: <i>The procedure for dealing with a patient who makes a <u>written</u> complaint of an alleged injury and/or negligent act:</i> <u>Attivazione</u> della polizza assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza mediante invio della stessa via fax o con raccomandata A/R alla Compagnia di assicurazione; <u>riscontro</u> nei confronti dell'utente o dello studio legale, mediante invio di nota raccomandata A/R o fax, con la quale si comunica la presa visione dell'istanza, l'apertura del relativo sinistro, i dati della compagnia assicurativa. Si chiede, inoltre, eventuale documentazione non reperibile mediante i nostri presidi, unitamente all'autorizzazione alla trasmissione dei dati sensibili in base alla legge sulla privacy, per la quale l'ufficio invia il modulo prestampato che viene restituito debitamente firmato e compilato dall'utente; richiesta alla direzione Sanitaria della struttura interessata (Presidio, Poliambulatorio, ecc.) di tutta la documentazione medica agli atti, copia conforme delle cartelle cliniche, relazione particolareggiata da parte dei sanitari e del Responsabile della struttura sull'accaduto, generalità dei sanitari che a qualsiasi titolo abbiano avuto in cura il paziente/reclamante, <u>estremi delle polizze assicurative personali eventualmente sottoscritte dagli stessi</u> (ulteriore rispetto a quella aziendale per colpa grave).	
6.4	Corrispondenza scritta di un <u>avvocato</u> che presuma una lesione e/o una negligenza : <i>Written correspondence from a Lawyer alleging an injury and/or a negligent act:</i> <u>Attivazione</u> della polizza assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza mediante invio della stessa via fax o con raccomandata A/R al Broker; <u>riscontro</u> nei confronti dell'utente o dello studio legale, mediante invio di	

nota raccomandata A/R o fax, con la quale si comunica la presa visione dell'istanza, l'apertura del relativo sinistro, i dati della compagnia assicurativa nonché del Broker. Si chiede, inoltre, eventuale documentazione non reperibile mediante i nostri presidi, unitamente all'autorizzazione alla trasmissione dei dati sensibili in base alla legge sulla privacy, per la quale l'ufficio invia il modulo prestampato che viene restituito debitamente firmato e compilato dall'utente;

richiesta alla <direzione Sanitaria della struttura interessata (Presidio, Poliambulatorio, ecc.) di tutta la documentazione medica agli atti, copia conforme delle cartelle cliniche, relazione particolareggiata da parte dei sanitari e del Responsabile della struttura sull'accaduto, generalità dei sanitari che a qualsiasi titolo abbiano avuto in cura il paziente/reclamante, estremi delle polizze assicurative personali eventualmente sottoscritte dagli stessi (ulteriore rispetto a quella aziendale per colpa grave).

7.	PRECEDENTI ASSICURATIVI <i>Previous Insurance</i>
7.1	Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostr assicuratori per i 5 (cinque) anni decorsi <i>Please provide details of your insurers for the past 5 years:</i>

Assicuratore <i>Insurer</i>	Massimale <i>Limit of Ind.</i>	Franchigia <i>Deductible</i>	Forma <i>Type</i> (LO= Losses occurring, C= Claims made)	Data di retroattivi tà <i>Retrodate</i>	Maggior termine per le comunicazioni <i>Extended</i> <i>Reporting Period</i>
AM TRUST LIMITED Dal 10.1.2012 A tutt'oggi	5.000.000 per sinistro	Fino al 10.7.2014 Nessuna franchigia	C	31.01.2003	60 giorni lavorativi

8.	RICHIESTE DI RISARCIMENTO <i>Claims Record</i>	
	Si prega di fornire le seguenti informazioni sulle richieste di risarcimento: <i>Please provide the following claims information:</i>	
8.1	Una scheda completa sulle richieste di risarcimento per gli ultimi 10 (dieci) anni che indichi ciascuna singola richiesta di risarcimento contenente le seguenti informazioni: <i>A complete claims record for the past 10 years by individual claim consisting of the following information:</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di riferimento / <i>Reference number</i> • Nome del richiedente / <i>Name of claimant</i> • Data dell'evento / <i>Date of incident</i> • Data della richiesta di risarcimento / <i>Date claim made</i> • Importo liquidato / <i>Paid Amount.</i> • Importo riservato / <i>Outstanding amount</i> • Stato / <i>Status:</i> (aperto / <i>Open</i>; in corso / <i>Pending</i>; liquidato / <i>Settled</i>) • Breve descrizione della lesione /accusa / <i>Brief description of injury/allegation dhd</i> 	

9.	ESTENSIONI DI COPERTURA <i>Coverage extensions</i>	
9.1	Colpa Grave <i>Gross negligence</i>	
	<p>Se richiedete questo tipo di estensione di copertura, Vi preghiamo di specificare il numero delle persone da assicurare per rinuncia al diritto di rivalsa in caso di colpa grave, divise per qualifiche:</p> <p><i>If you require this extension, please provide information on the number of persons to be insured for waiving the right of subrogation in case of gross negligence, divided by category:</i></p> <p>_____ n. _____</p> <p>_____ n. _____</p> <p>_____ n. _____</p>	
9.2	<p>In caso di sinistro implicante errore professionale del personale viene richiesta l'esibizione della polizza di RC professionale stipulata individualmente dal dipendente?</p> <p><i>In case of loss implying professional error of staff, is the exhibition of an individual professional indemnity insurance bound by the employee required?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No</p>
9.3	<p>Il Proponente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti dei propri collaboratori/dipendenti per morte o lesioni subite dai pazienti?</p> <p><i>Does the Proposer know about criminal proceedings pending against its staff deriving from death or injury of patients?</i></p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Si/yes <input type="checkbox"/> No</p>

* * * * *

Il/La sottoscritto/a, nella qualità specificata in calce,

DICHIARA

di essere autorizzato/a a compilare e sottoscrivere la presente Proposta/Questionario in nome e per conto dell'Ente indicato al punto 1.1;

che tutte le risposte che precedono sono state date a seguito e sulla base di una accurata indagine interna e che pertanto esse sono veritiere, corrette ed esaustive;

di aver preso atto che la presente Proposta/Questionario sarà posta da _____ alla base delle sue determinazioni circa l'assunzione del rischio e costituirà pertanto parte integrante della polizza;

SI OBBLIGA

personalmente e in nome e per conto della società indicata al punto 1.1 ad informare prontamente _____ qualora, tra la data della presente Proposta/Questionario e la data di emissione della polizza, dovessero intervenire variazioni rispetto alle informazioni fornite con essa, restando inteso che, in tal caso, _____ potrà liberamente recedere da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc..

Ente (timbro)

Firma e carica

Data
