

Assicurazione della Responsabilità Civile verso Terzi di Aziende Sanitarie Locali ed 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 del rischio che 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 preghiamo di consultare il Vostro broker.

- II La polizza che verrà emessa 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** di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate agli Assicuratori nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

* * *

I. Informazioni sul Proponente e sulla sua struttura
Information on the Proposer and its structure

1.1. Ragione Sociale / Full Name of the Authority:

Azienda USL di Imola

1.2. Comuni e territorio di competenza/ Municipalities and regions managed:

Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Castel del Rio, Castel Guelfo, Castel San Pietro Terme, Dozza, Fontanelice, Imola, Medicina e Mordano

1.3. Vi siete accorpati o scorporati negli ultimi 5 anni da preesistenti USL/ASL?

Se Sì, si prega di fornire informazioni / 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.

No

1.4. Vi preghiamo di indicare le retribuzioni lorde del Vostro personale (comprehensive dei compensi per attività intramoenia) come segue:

Please state your employed staff gross wages as follows:

	Anno 2012 <i>Inclusive di compensi per attività intramoenia</i>	Anno 2011 <i>Inclusive di compensi per attività intramoenia</i>	Anno 2010 <i>Inclusive di compensi per attività intramoenia</i>	Anno 2009 <i>Inclusive di compensi per attività intramoenia</i>
Personale sanitario/Medical <i>(compreso Veterinari)</i>	21.056.566,74 (pers.dipendente) 305.443,86 (lav. autonomo)	21.636.454,88 (pers.dipendente) 394.660,65 (lav. autonomo)	21.208.120,68 (pers.dipendente) 751.068,45 (lav. autonomo)	20.029.882,24 (pers.dipendente) 1.513.968,22 (lav. autonomo)
Personale Sanitario (compreso OTA – OSS e AUSILIARI)	29.937.801,85 (pers.dipendente) 308.837,02 (lav. autonomo)	30.010.603,86 (pers.dipendente) 168.793,16 (lav. autonomo)	30.128.616,16 (pers.dipendente) 196.380,15 (lav. autonomo)	29.725.852,91 (pers.dipendente) 591.185,26 (lav. autonomo)
Altro/Other	9.206.870,08 (pers.dipendente) 54.119,18 (lav. autonomo)	9.304.816,06 (pers.dipendente) 104.633,56 (lav. autonomo)	9.160.283,90 (pers.dipendente) 229.664,66 (lav. autonomo)	9.118.514,79 (pers.dipendente) 336.454,71 (lav. autonomo)

1.5. Ci sono stati cambiamenti strutturali nella Vostra attività o ci sono nuovi sviluppi possibili nei prossimi 12 mesi? / Have there been any structural changes in your business or any important new developments likely to occur over the next 12 months?

NO

1.6. Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina? / Do you specialise in any area or are you a centre of excellence for any discipline?

HUB per la GENETICA MEDICA

MARSH

1.7. Vi preghiamo di fornire informazioni sugli ospedali di competenza come segue: *Please provide full details of hospitals managed as follows:*

Numero di ospedali/*No of hospitals:* 2

Numero di letti /*No of beds:*

n. 310 Ordinari (n. di cui 15 di SPDC), n. 42 Day Hospital, n. 52 Lungodegenza, n. 12 Hospice

Numero di sale operatorie/*No of operating theatres:*

n. 7 presso OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA IMOLA
N. 3 presso OSPEDALE CASTEL S. PIETRO TERME

Numero di reparti / *No of wards:*

n. 17 per degenza ordinaria
n. 2 di Lungodegenza
n. 1 di Hospice

Numero totale di pazienti ammessi lo scorso anno / *Total number of patients admitted in the last year:*

n. 14830 ricoveri ordinari
n. 2908 di day hospital

Di questi, quale percentuale proveniva da Stati Uniti d'America, Canada e Messico? *Of these what percentage were from the USA, Canada and Mexico?*

0

1.8. Vi preghiamo di fornire dettagli su:

Please provide full details of:

1.8.1 Dati sulla struttura

Information on

* Inseriti totale ricoveri di DH e relativi numeri di accessi

Specializzazione <i>Specialisation</i>	Nr. di letti ordinari e (day hospital) <i>No of beds (day hospital)</i>	Nr. Medici (Dipendenti dell'azienda - Liberi professionisti - Universitari) <i>Nr. Doctors (Employees - Self-employed - University)</i>	Nr. di operazioni chirurgiche <i>Nr. of Surgical Operations</i>	Nr. Ricoveri Ordinari <i>Nr. Hospitalization</i>	Nr. Prestazioni Day Hospital <i>Nr. Day Hospital Totale ricoveri (totale accessi)*</i>
Pronto soccorso ed Emergenza <i>Accident & Emergency</i>		24			Accessi PS n. 55395
Astanteria <i>Reception Ward</i>	19	-		1093	//
Cardio Chirurgia <i>Cardiologic Surgery</i>	No	-		//	//
Cardiologia <i>Cardiology</i>	12 + 4 UTIC+ 1 DH	14		816	162 (476)

MARSH

Chirurgia Generale <i>General Surgery</i>	27 + 4 DH	14	2005	1345	398 (398)
Chirurgia Maxillo Facciale <i>Facial Maxillo</i> <i>Surgery</i>	NO	-			
Chirurgia Pediatrica <i>Pediatric Surgery</i>	NO	-			
Chirurgia plastica <i>Cosmetic Surgery</i>	NO	-			
Chirurgia Toracica <i>Thoracic surgery</i>	NO	-			
Chirurgia Vascolare <i>Vascular surgery</i>	NO	-			
Cure dentarie <i>Dentistry</i>	NO	-			
Dermatologia <i>Dermatology</i>	NO	-			
Geriatría <i>Geriatrics</i>	32	5		741	//
Ematologia <i>Haematology</i>		-			
Emodialisi <i>Hemodialysis</i>		6			
Gastroenterologia <i>Gastroenterology</i>	2 + 4 DH	7		55	48 (48)
Grandi Ustioni <i>Great Ustion</i>	NO	-			
Immunologia <i>Immunology</i>	NO	-			
Lungodegenza <i>Long Term Care</i>	52	8		1270	//
Malattie Endocrine <i>Endocrinal Diseases</i>	NO	-			
Malattie Infettive <i>Infective Diseases</i>	NO	-			
Medicina Generale <i>General Medicine</i>	85 + 9 DH	22		2017	211 (2490)
Medicina del Lavoro <i>Job Medicine</i>	NO	-			
Medicina Nucleare <i>Nuclear Medicine</i>	NO	-			
Nefrologia <i>Nephrology</i>	NO	-			
Neonatalogia <i>Neonatal</i>	3	-		125	
Neurochirurgia <i>Neurosurgery</i>	NO	-			
Neurologia <i>Neurology</i>	NO	4			
Neuropsichiatria <i>Neuropsychiatry</i>	NO	5			
Nido/Culle <i>Nursery</i>	15	-		995 (neonati sani)	

MARSH

Oculistica <i>Ophthalmology</i>	6 + 2 DH	9	2254	307	202 (294)
Odontoiatria Stomatologia <i>Dentistry Stomatology</i>	NO	-			
Oncologia <i>Oncology</i>	8 DH + 12 HOSPICE	5			668 (10784)
Ortopedia e Traumatologia <i>Orthopedics and</i> <i>Lesion</i>	32 + 1 DH	11	1954	1302	78 (78)
Ostetricia e ginecologia <i>Obstetrics</i> <i>& Gynecology</i>	21 + 3 DH	13	1373	1925	569 (575)
Terapia intensiva <i>Intensive Care</i>	8 + 8 SEMINTEN SIVA + 1 DH ANTALGIA	24	160	1026 (tot. Ricoveri + pz. Transitati)	130 (130)
Otorinolaringoiatra <i>Otorhinolaryngology</i>	12 + 3 DH	6	997	721	173 (530)
Pneumatologia <i>Pneumatology</i>	NO	-			
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>	NO	-			
Pediatria <i>Paediatrics</i>	12 + 5 DH	9		764 (esclusa neonatologia)	203 (802)
Psichiatria <i>Psychiatry</i>	15 SPDC 12 RTI 2 NH 8 DH	22	310 SPDC 155 RTI		110 NH 110 DH
Radiologia <i>Radiology</i>	NO	17			
Riabilitazione <i>Rehabilitating</i>		4 + 30h di medici fisiatri SUMAI			
Reumatologia <i>Rheumatology</i>	NO	-			
Terapia Intensiva <i>Strong Therapy</i>		-			
Terapia Intensiva Neonatale <i>Neonatal Intensive</i> <i>Therapy</i>	NO	-			

MARSH

Urologia	12 + 1 DH	6	867	880	66 (66)
Laboratorio Analisi		6			
Laboratorio Immunoematologia		2			
Anatomia Patologica		5			
Genetica Medica		2			
Totale Total	453	250+30h	10075	15382	3128 (72066)

1.8.1 Dati sul Personale Information on Personnel4

Nr. Personale Sanitario (Clinical Personnel)		
	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
Dirigenti Medici di cui <i>Managing Doctors</i> of which:		
Dipendenti dell'azienda <i>Employees</i>	261	20.399.299,91
Liberi professionisti <i>Self-employed</i>	14	305.443,86
Universitari <i>University Doctors</i>	3	229.284,20
Dirigenti Medici Veterinari <i>Managing Doctors Veterinaries</i>	9	657.266,83
Dirigenti Sanitari non Medici <i>Health Managers</i>	32	1.722.724,80
Personale Non Dirigente <i>Personal no Managing</i>		
Infermieri <i>Nurses</i>	704	18.892.229,34
Infermiere ostetriche <i>Midwives</i>	27	593.490,83
Tecnici di laboratorio <i>Laboratory technicians</i>	36	1.064.441,66
Farmacisti <i>Pharmacists</i>	-	-
Altro personale sanitario e di supporto compreso ad es. OTA e	341	7.664.915,22

ausiliari,..., <i>Other clinical support personnel: e.g. technical assistants and auxiliaries</i>		
Nr. Personale non sanitario <i>Non Clinical Personnel</i>		
	Nr.	Retribuzioni lorde inclusive di compensi per attività intramoenia (rilevabili dal modello CUD)
Dirigenti <i>Managers</i> di cui: <i>of which:</i>		
Dirigenti Amministrativi <i>Administrative Managers</i>	13	751.955,36
Dirigenti Tecnici <i>Technical Managers</i>	5	293.706,49
Dirigenti Professionali <i>Professionals</i>	4	245.384,54
Funzionari Apicali <i>Senior Employees</i>	-	-
Altro Personale non Dirigente <i>Other Employees</i>	357	7.915.823,69
Retribuzione Totale <i>Total Wageroll</i>		

1.9 Informazioni riguardanti il reparto di Ostetricia e Ginecologia.

1.9.1 Quanti sono i parti in un anno? / Number of deliveries per annum:

n. 1036

1.9.2 Numero di / Nr. of:

parti gemellari /multiple births: n. 9

bambini nati morti / stillborn infants: n. 4

1.9.3 Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno? / Is an obstetrician on call 24 hours per day?

Sì / No

Nelle 24 ore è presente in servizio almeno un'ostetrica

1.9.4 Esiste anche una seconda ostetrica reperibile 24 ore al giorno in grado di essere presente in 30 minuti? / Is a second obstetrician on call 24 hours a day who is able to attend within 30 minutes?

Sì

Sì, nella fascia oraria notturna 20,00 – 8,00

1.9.5 Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno? / Is a pediatrician available in-house 24 hours per day?

Sì

1.9.6 I cesarei di emergenza possono essere effettuati entro 30 minuti per 24 ore al giorno? Can emergency caesarians be performed within 30 minutes 24 hours per day? **Sì**

1.10 Servizi di terapia/assistenza prestati: /Counselling Services Provided

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>		
Alcolismo/tossicodipendenza <i>Drug/Alcohol dependency</i>	U.O. Dipendenze Patologiche del Dipartimento Salute Mentale	1086
Chirurgia plastica volontaria <i>Elective Cosmetic surgery</i>		Sì, in regime di libera professione
Interruzione di gravidanza volontaria <i>Elective abortion</i>		
Adeguamento tra identità fisica ed identità psichica <i>Gender reassignment</i>		
HIV, epatite, malattie sessualmente trasmissibili <i>HIV/Hepatitis/ STD</i>		
Sterilizzazione <i>Sterilisation</i>		
Altro- (specificare) <i>Other please specify</i>		

1.11. Possedete ed utilizzate le Vostre ambulanze? / Do you own and utilize your own ambulances? **Sì**

Se sì, specificare:

- **Nr di ambulanze:** / *If Yes, please provide Nr. of ambulances:*
- **Nr di unità mobili di rianimazione:** / *Nr. of intensive care mobile units:*
n. 7 unità mobili di rianimazione
n. 2 auto mediche

Se No, specificare come si è organizzati / If no, please specify arrangements made :

1.12 Avete una banca del sangue? / Do you have a blood bank? **Sì**

Se Sì, specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente: / If so please advise number of blood units consumed annually:

n. 6116

1.13 Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure? / Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines? **Sì**

1.14 Attività IntraMoenia: Private activity

1. **Viene eseguita nelle strutture?**

Si

2. **Viene eseguita presso centri convenzionati?**

Si

3. **Numero prestazioni**

Centri esterni: Valsalva n. 1.754 (comprende anche Rx)

All'interno dell'AUSL:

- Individuale	n. 23.452
- Radiologia	n. 20.013
- Laboratorio Analisi	n. 17.789
- Anatomia Patologica	n. 4.020
- Ricoveri	n. 82
- Montecatone	n. 6.461 (Radiologia)

II. Consenso informato *Informed Consent*

Se una qualsiasi delle risposte che seguono è NO, si prega di fornire informazioni complete. / If any answer is No, please provide full details.

2. Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura?
Is informed consent required from patients prior to treatment?

In tutti i casi? Sì, in tutti i casi previsti che sono quelli in cui esiste un rischio o una alternativa
In all cases?

Per iscritto? Sì, nei casi in cui è prevista
In writing?

2.1 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e acquisizione del consenso alle prestazioni? / *Could you confirm medical personnel training's compliance towards internal Policy, in respect of information to patient and in respect of agreement to therapy collection?*

Sì

2.2 Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso? / *Could you confirm to accord to patient a period of time fit to illness, to think about the therapy, before collecting the agreement?*

Sì

Nel caso di minore è previsto il suo coinvolgimento nell'acquisizione del consenso informato? / *In case of under-aged patient, could you confirm his involvement in collecting-agreement process?*

Solo su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore

MAI <i>never</i>	Solo in alcuni casi quali ad es.interventi chirurgici demolitivi <i>in case of radical surgery only</i>	Solo su espressa richiesta dei legali rappresentanti del minore <i>if required by under- aged legal representative only</i>
----------------------------	---	---

2.4 Ove il paziente (o , nel caso di minori o soggetti adulti sottoposti a tutela legale, i suoi tutori legali) non consenta a manifestare il consenso per rinuncia all'informazione, dissenso ai trattamenti terapeutici, rifiuto delle prestazioni sanitarie o altre motivazioni, tale manifestazione di volontà viene sempre acquisita per iscritto? / *Could you confirm medical personnel training's compliance towards internal policy in respect of medical record?*

Sì

2.5 Al paziente o ai suoi legali rappresentanti è concesso un lasso di tempo idoneo (in ragione della gravità della patologia) per valutare la situazione ed esprimere il consenso informato? / *Is the patient or their legal representative provided sufficient time – on the basis of the gravity of the illness – to evaluate the situation and express an informed consent?*

Sì

2.6 In caso di trattamenti complessi, il consenso informato è richiesto per ogni trattamento successivo o differente? / *In the case of complex treatments are consent forms required for each subsequent and/or different treatment?*

Sì

2.7 Chi controfirma i documenti del consenso informato? / Who countersigns the informed consent documents?

Medico che raccoglie il consenso, paziente o tutore ed eventuali testimoni

2.8 Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati? / How are they filed and how long are they kept?

A tempo illimitato nella cartella clinica

2.9 La non conformità con le procedure di consenso informato costituisce una questione di tipo disciplinare? / Is non compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?

No

2.10 I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica? / Are the forms and/or controls periodically audited?

No

Se sì, ogni quanto tempo? / If so how often?

Al bisogno e almeno ogni 3-4 anni

III. Cartelle cliniche *Case Notes*

3.1 I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono: / *Do standard case note protocols demand:*

3.1.1 Una registrazione completa di tutte le procedure mediche intraprese e le decisioni prese aggiornate giornalmente? / *A complete record of all medical procedures undertaken and decisions made updated on a daily basis?*

Si

3.1.2 Ogni quanto tempo queste sono riviste e chi è responsabile della controfirma? / *How often are these reviewed and who is responsible for countersigning them?*

Responsabile della controfirma è il Direttore dell'U.O. che rivede la cartella clinica almeno alla chiusura (prima dell'inoltro all'archivio centralizzato)

3.1.3 Ogni quanto tempo le cartelle cliniche vengono controllate? / *How often are case notes audited?*

L'Ufficio Controlli Sanitari effettua una verifica a campione sul 10% delle cartelle cliniche chiuse e controlli mirati in base alle criticità rilevate sulla SDO

3.1.4 Il personale medico viene formato sulla policy aziendale sulla questione delle cartelle cliniche? / *could you confirm the medical personnel training's compliance towards internal Policy in respect of medical records*

Si

IV. Sperimentazione Clinica
Clinical Trials

4.1. Sperimentazioni sponsorizzate - Specificare chi è il committente dei progetti di ricerca clinica, ad esempio produttori di farmaci e di altri prodotti, istituzioni di beneficenza, fondazioni di ricerca:

Please state for whom Clinical Research Projects are undertaken e.g. Pharmaceutical and other Manufacturers, Charities, Research Foundations
(non sono coperte dalla polizza)

4.2. Sperimentazioni non profit – Specificare il numero e il rationale dei protocolli delle sperimentazioni non sponsorizzate antecedenti l'entrata in vigore del DM 14 luglio 2009 e tuttora in corso o terminate da non più di 36 mesi indicando in uno specifico allegato:

Nel periodo 2005-2009 sviluppate n. 2 sperimentazioni non profit:

- Nuovo test per diagnosi ADPKD (Autosomal dominant polycystic kidney disease) dal 01/12/08 al 01/12/11 (n. 50 pazienti) 2008

- Utilizzo di uno strato di membrana amniotica nelle patologie della superficie oculare (dal 04/08 al 12/09) 2009

- 4.2.1 n° delle sperimentazioni e relativo n° dei pazienti (eventuali pazienti minori),
4.2.2 rationale della sperimentazione, nome del farmaco o del dispositivo,
4.2.3 fase della sperimentazione,
4.2.4 indicazione delle controindicazioni, reazioni avverse temute secondo l'indicazione del consenso informato,
4.2.5 eventuali sinistri pregressi.

4.3. A tutti i volontari viene richiesta la firma di un Consenso Informato?

Do all volunteers sign an Informed Consent Form?

Si

4.4 Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni sponsorizzate da effettuarsi nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazione:

(non sono coperte dalla polizza)

4.5. Dichiarare il numero previsto di sperimentazioni no profit in cui sarete coinvolti nei prossimi 12 mesi, specificando il numero di volontari per ogni sperimentazione:

Please state the anticipated number of no profit trials with which you will be involved during the next 12 months detailing the number of volunteers in each trial

(non sono coperte dalla polizza)

4.6. Conducete ricerche, test o attività sperimentali nei seguenti campi:

Do you conduct any formal research, testing or experimental activities in the following categories:

Trapianti	Ricerca su embrioni umani
<i>Transplants</i>	<i>Human Embryo Research</i>
Chirurgia	Organi artificiali
<i>Surgery</i>	<i>Artificial organs</i>
Ostetricia	Ingegneria genetica
<i>Obstetrics</i>	<i>Genetic engineering</i>

(non sono coperte dalla polizza)

Si / No

V. Gestione dei Reclami e delle Richieste di risarcimento
Management of Complaints and Claims

Si prega di fornire informazioni sulle procedure esistenti per trattare i seguenti reclami/richieste di risarcimento */Please provide details of the procedures in place for dealing with the following complaint/claims.*

La gestione della segnalazioni (reclami, rilievi e suggerimenti) è attuata secondo la specifica Procedura aziendale “La gestione delle segnalazioni” e registrata nel Sistema regionale segnalazioni urp/sanità.

5.1 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo verbale di presunta lesione e/o negligenza: */ The procedure for dealing with a patient who makes a verbal complaint of an alleged injury and/or negligent act:*

Il reclamo verbale viene accolto e gestito dall’urp: registrazione data base regionale, triage codice giallo, istruttoria, attivazione del gruppo di valutazione multidisciplinare, analisi del caso e risposta scritta al paziente/familiare supervisionata dal medico legale

5.2 Procedura in uso per un paziente che fa un reclamo scritto di presunta lesione e/o negligenza: */ The procedure for dealing with a patient who makes a written complaint of an alleged injury and/or negligent act:*

Il reclamo scritto viene accolto e gestito dall’urp: registrazione data base regionale, triage codice giallo, istruttoria, attivazione del gruppo di valutazione multidisciplinare, analisi del caso e risposta scritta al paziente/familiare supervisionata dal medico legale

5.3 Corrispondenza scritta di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente: */ Written correspondence from a Lawyer alleging an injury and/or a negligent act:*

Se la corrispondenza contiene richiesta di risarcimento danni si seguono le procedure di cui al successivo punto VI

5.4 Un evento avverso che può portare a danni fisici ad un paziente: */An adverse event that may have lead to the injury of a patient:*

Se l’evento avverso è oggetto di reclamo, le procedure sono quelle sopradescritte.

Si allega anche la procedura in caso di evento avverso che può portare a danni fisici ad un paziente.

VI. Richieste di risarcimento
Claims Record

Vedi specifica richiesta

VII. Estensioni di copertura
Extensions to coverage

7.1 Colpa Grave

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: / 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:

_____ n. _____
_____ n. _____
_____ n. _____

7.2 In caso di sinistro implicante errore professionale del personale viene richiesta l'esibizione della polizza di RC professionale stipulata individualmente dal dipendente? / In case of loss implying professional error of staff, is the exhibition of an individual professional indemnity insurance bound by the employee required?

No

7.3 Il Proponente è a conoscenza di procedimenti penali instaurati nei confronti dei propri collaboratori/dipendenti per morte o lesioni subite dai pazienti? / Does the Proposer know about criminal proceedings pending against its staff deriving from death or injury of patients?

Sì, se informati dai dipendenti.

VIII. Precedenti assicurativi
Previous Insurance

Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 5 (cinque) anni passati
Please provide details of your insurers for the past 5 years:

Assicuratore <i>Insurer</i>	Massimale <i>Limit of Indemnity</i>	Franchigia <i>Deductible</i>	Forma <i>Type</i> (I.= Loss occurrence. C= Claims made)	Data di retroattività <i>Retrodate</i>	Data di ultrattività <i>Extended Reporting Period</i>
1.					
2.					
3.					

* * * * *

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 dagli Assicuratori 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 gli Assicuratori qualora, tra la data della presente Proposta/Questionario e la data di emissione della polizza, dovessero intervenire sostanziali variazioni rispetto alle informazioni fornite con essa, restando inteso che, in tal caso, gli Assicuratori potranno liberamente recedere da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc..

Ente (timbro)

REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA REGIONALE SERRAVALLE
Viale Amerigo Vesputi, 100000
I.P. (0542) 004711 Fax (0542) 844018

Firma e carica

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dr. Massimo Minguzzi

Data

19 SET. 2013