

FORMULARIO DI PROPOSTA CONTRATTUALE PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER DANNI DA MEDICAL MALPRACTICE, RESPONSABILITA' DEL DATORE DI LAVORO, RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI & CORRELATE COPERTURE ASSICURATIVE, IN RIFERIMENTO A ISTITUZIONI SANITARIE E CLINICHE PRIVATE

Per “CONTRAENTE” si intende l’impresa di diritto privato cui si propone l’acquisto di questa assicurazione, per proprio conto e per conto delle altre persone assicurate.

Per “ASSICURATO” si intende il CONTRAENTE, ogni dipendente del CONTRAENTE ed anche altri soggetti quali fornitori di servizi sanitari che richiedano copertura all’interno della presente proposta assicurativa.

A seguito del DDL Gelli/Bianco, la disposizione della copertura e’ allineata con la proposta legislativa ove la CONTRAENTE deve essere protetta per qualsiasi responsabilita’ contrattuale derivante dalle attivita’ mediche all’interno della struttura pubblica/privata. Il personale in libera prestazione di servizi, viene considerato assicurato esclusivamente se la responsabilita’ contrattuale e’ mantenuta dalla CONTRAENTE.

Di seguito alcune categorie di medici (secondo le nostre definizioni) :

DIPENDENTE – Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente per il CONTRAENTE (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro); compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto ;

Responsabilita’ contrattuale detenuta dal CONTRAENTE

CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO – Qualsiasi professionista che agisca nell’ambito di uno specifico contratto e/o progetto per conto del CONTRAENTE in convenzione/accreditamento con il SSN e/o con qualsiasi struttura sanitaria regionale/provinciale/locale, la cui responsabilita’ contrattuale e’ detenuta dal CONTRAENTE stesso come da art 7, del DDL Gelli/Bianco;

Responsabilita’ contrattuale detenuta dal CONTRAENTE

AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA – Qualsiasi professionista che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal CONTRAENTE, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che svolga attivita’ con obbligazioni contrattuali assunte direttamente con il paziente;

Responsabilita’ contrattuale detenuta dal MEDICO

Questo formulario di proposta contrattuale deve essere completato a penna, datato e firmato dal Legale Rappresentante, dal Dirigente Amministrativo, dal Dirigente Finanziario del CONTRAENTE, o da un Dirigente che ricopra analoga carica presso il CONTRAENTE da almeno 5 anni, in un ruolo che gli/le dia competenze sufficienti per rispondere compiutamente alle domande che saranno di seguito poste.

Occorre rispondere a tutte le domande ed ove opportuno occorre specificare “Non Applicabile” o “N/A”. Il presente formulario di proposta contrattuale compilato, unitamente ad ogni informazione aggiuntiva fornita, sarà parte del contratto di assicurazione stipulato con I Sottoscrittori. Ogni fatto rilevante per l’assicurazione proposta deve essere dichiarato in modo esatto, completo e rispondente a verità, nonché nella miglior buona fede e conoscenza dell’ASSICURATO, indipendentemente dal fatto che chi risponde sia o meno il diretto interessato di una domanda posta. Dichiarazioni inesatte o incomplete o la mancata rivelazione di circostanze che, se conosciute integralmente dai Sottoscrittori cambierebbero la loro valutazione del rischio in esame, potrebbero portare alla cancellazione della polizza o potrebbero comportare un risarcimento solo parziale da parte dei Sottoscrittori. Oltre alle informazioni contenute nel presente formulario di proposta contrattuale, inclusa tutta la documentazione di supporto, qualora l’ASSICURATO fosse al corrente di ogni altra informazione che ritenga possa modificare, influenzare o pregiudicare la valutazione dei Sottoscrittori riguardo al rischio contemplato, dovrà comunicarla unitamente al presente modulo di proposta.

Se non vi è spazio sufficiente per completare una risposta a qualsiasi domanda o se è necessario allegare e comunicare con il presente modulo ulteriori informazioni rilevanti, si prega di utilizzare l’apposita pagina di prosecuzione, la quale dovrà essere a sua volta firmata, datata, e allegata al presente formulario.

Si dichiara che si è preso atto delle definizioni sopra menzionate.

Firma _____

Data _____

Posizione _____

In nome e per conto del **CONTRAENTE**
Nome in lettere maiuscole (Stampato) _____

SEZIONE 1 - INFORMAZIONI GENERALI

- (a) Si prega di fornire il nome completo del **CONTRAENTE** (compreso ogni ente per cui si richieda copertura assicurativa): -
- (b) Anno di fondazione:-
- (c) Indirizzo della Sede Legale:-
- (d) Altri indirizzi operativi nei quali il reddito generato sia maggiore del 20% del reddito complessivo del **CONTRAENTE** nell'ultimo anno finanziario completo:-
- (e) Indirizzo Internet del sito web:-
(Inteso e convenuto che il materiale contenuto nel sito web del **CONTRAENTE** non è da considerarsi parte integrante della presente proposta contrattuale, a meno che l'informazione venga materialmente allegata in copia cartacea al presente modulo)
- (f) Codice IVA:

SEZIONE 2 - INFORMAZIONI TECNICHE

- (a) Si prega di fornire una descrizione completa delle attività del **CONTRAENTE** (comprese le attività svolte negli ultimi sei anni non attualmente intraprese e le eventuali nuove attività previste per i prossimi dodici mesi):-
- (b) Si prega di indicare la situazione proprietaria del **CONTRAENTE** come segue:-

Proprietà Privata	SI/NO	(se SI, indicare il soggetto proprietario:)
Proprietà Pubblica	SI/NO	
Ente Caritatevole	SI/NO	
Altro (Specificare)	SI/NO	

- (c) Si prega di indicare in quale percentuale i ricavi realizzati nell'ultimo anno finanziario derivino da ciascuna delle seguenti opzioni:-

- Finanziamenti Pubblici	%
- Accreditemento/Convenzione con SSN	%
- Regimi di Assicurazione Privata	%
- Soggetti Privati	%
- Donazioni di Beneficenza	%
- Introiti derivanti dalle attività autonome dei Medici liberi professionisti con obbligazioni contrattuali <u>assunte direttamente</u> con il paziente	%
- Altro (Specificare)	%
	100 %

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

(d) Si prega di indicare nella tabella sottostante il numero del personale medico qualificato attualmente impiegato. Segue definizione della tipologia del personale:-

- A. **DIPENDENTE** - Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente per il **CONTRAENTE** (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro); compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto ;
- B. **CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO** - Qualsiasi professionista che agisca nell'ambito di uno specifico contratto o progetto per conto del **CONTRAENTE** anche in convenzione/accreditamento con il SSN e/o con qualsiasi struttura sanitaria regionale/provinciale/locale, la cui responsabilita' contrattuale e' detenuta dal **CONTRAENTE** stesso come da art 7, del DDL Gelli/Bianco;
- C. **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** - Qualsiasi professionista che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal **CONTRAENTE**, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che svolga attivita' con obbligazioni contrattuali assunte direttamente con il paziente;

	Obbligazioni contrattuali assunte <u>dal CONTRAENTE</u> :		Obbligazioni contrattuali <u>assunte direttamente con il paziente</u> :
	A. DIPENDENTE	B. CONVENZIONATO/ACCREDITATO CON SSN/CONTRATTUALIZZATO	D. AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA
DOTTORI			
INFERMIERE/I			
ALTRO PERSONALE MEDICO			
TOTALE			

Nel caso ci siano Medici che rientrano in piu' sezioni - specificare il singolo medico per ciascuna categoria;

Nell'inusuale situazione che un soggetto AUTONOMO/LIBERO PROFESSIONISTA richieda copertura nell'ambito dell'assicurazione sottoscritta dal **CONTRAENTE**, l'argomento dovrà essere specificatamente discusso, concordato ed approvato dai Sottoscrittori su base individuale:

Nel caso di interesse, specificare il numero/tipologia di medici AUTONOMI sottoscritti nella tabella soprastante da includere in copertura:

(i) Quando termina l'Anno Finanziario del CONTRAENTE?:

(ii) Il CONTRAENTE e' accreditato/convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale? SI/NO

(iii) Si prega di fornire le seguenti informazioni per ognuno degli ultimi tre anni finanziari completi e per il corrente incompleto anno finanziario :

LE SEGUENTI INFORMAZIONI SONO IMPORTATI AI FINI DI UNA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO:

Le Informazioni Finanziare devono essere specificate in EURO	Ultimo Anno Finanziario Completo	Precedente Anno Finanziario Completo (1 anno fa)	Precedente Anno Finanziario Completo (2 anni fa)	Stima del Corrente Incompleto Anno Finanziario
INFORMAZIONI FINANZIARIE				
(i) Fatturato lordo - (Valore della produzione) equivalente al totale delle attivita' <u>incluse</u> le prestazioni di medici autonomi / liberi professionisti / convenzionati / accreditati / contrattualizzati (compilare anche la divisione in Sezione 3) ***				
(ii) Registro Salari				
(iii) Utile Netto (tasse pagate)				
ALTRE INFORMAZIONI				
(iv) Numero di Letti:				
Di cui inattivi:				
(v) Occupazione Media dei Letti (%)				
(vi) Numero totale di Sale Operatorie				
(viii) N° Operazioni in Anestesia Generale				
(viii) N° Operazioni in Anestesia Locale				
NASCITE				
(ix) N° Nascite (Totale)				
(x) N° Parti Cesarei				
(xi) N° di Feti Nati Morti				
(xii) N° di Neonati Deceduti Dopo La Nascita				
(xiii) N° Nascite con Gravi Menomazioni				
(xiv) N° Indici di Apgar < 6 dopo 5 Minuti				
NUMERO DI PAZIENTI				
(xv) N° Pazienti Degenti < 36 Ore				
(xvi) N° Pazienti Degenti > 36 Ore				
(xvii) N° Pazienti Esterni				
(xviii) N° Riammissioni Nelle Prime 36 Ore				

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

- (f) Si prega di indicare il tipo di istituzione in cui rientra il **CONTRAENTE**:-
- | | |
|---------------------------------|-------|
| Cure in regime di Day Hospital | SI/NO |
| Casa di cura | SI/NO |
| Ospizio | SI/NO |
| Clinica di lunga degenza | SI/NO |
| Clinica di breve degenza | SI/NO |
| Policlínico | SI/NO |
| Farmacia | SI/NO |
| Altro (si prega di specificare) | SI/NO |

SEZIONE 3 A - DISCIPLINE

LE SEGUENTI INFORMAZIONI SONO IMPORTATI AI FINI DI UNA CORRETTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO:

Si prega di indicare come segue l'attuale numero di **DOTTORI** e procedure chirurgiche per ognuna delle seguenti categorie di trattamento medico e per ognuna delle tre tipologie di rapporto di lavoro dei **DOTTORI**:-

Attività	1) DIPENDENTE	2) CONVENZIONATO /CONTRATTUALIZ ZATO	N° di Procedure Chirurgiche (1+ 2)	3) AUTONOMO / LIB. PROFESS.	N° di Procedure Chirurgiche (3)
Anatomia / Istologia					
Anestesia / Rianimazione					
Cardiologia					
Chirurgia Generale *					
Chirurgia Plastica *					
Odontoiatria					
Dermatologia					
Diabetologia					
Geriatrics					
Fertilità *					
Gastroenterologia					
Ginecologia (Non- Nascite)					
Medicina Fetale e diagnosi Prenatale*					
Ostetricia (Nascite)					
HIV / Epatite / MST					
Immunologia/ Trasfusioni					
Laboratorio di Analisi					
Med. & Chirurgia Giornaliera Minore					
Medicina Generale					

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

Medicina Trasfusionale					
Microbiologia & Virologia					
Dialisi					
Neonatologia					
Neuropsichiatria Infantile					
Neurochirurgia *					
Neurologia					
Nutrizionologia / Dimagrimento					
Oncologia					
Ortopedia / Traumatologia *					
Otorinolaringoiatria					
Oculistica					
Pediatria					
Podiatria					
Psichiatria					
Radiologia					
Riabilitazione / Fisioterapia					
Urologia					
Terapie Complementari / Alternative					
Altro (Specificare)					
Altro (Specificare)					
Altro (Specificare)					
TOTALE					

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

SEZIONE 3 B – DIVISIONE FATTURATO E RICOVERI***

TIPOLOGIA DI RICOVERO	NUMERO MEDICI	FATTURATO ANNUALE
MEDICI DIPENDENTI		
Ricoveri day hospital		
Ricoveri chirurgici		
Ricoveri non chirurgici		
<p>DIPENDENTE – Qualsiasi professionista che lavori con un contratto di servizio esclusivamente (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavoratori a progetto); per il CONTRAENTE (coperto da assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro); (compresi i cosiddetti co.co.co. o figure equivalenti e i cosiddetti co.co.pro. o equivalenti lavori);</p>		
MEDICI CONVENZIONATI (in accreditamento con il SSN) e/o CONTRATTUALIZZATI		
Ricoveri day hospital		
Ricoveri chirurgici		
Ricoveri non chirurgici		
<p>CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO – Qualsiasi professionista che agisca nell’ambito di uno specifico contratto o progetto per conto del CONTRAENTE anche in convenzione/accreditamento con il SSN e/o con qualsiasi struttura sanitaria regionale/provinciale/locale, la cui responsabilita’ contrattuale e’ <u>detenuta dal CONTRAENTE stesso</u> come da art 7, del DDL Gelli/Bianco;</p>		
MEDICI AUTONOMI/ LIB. PROF.		
Ricoveri day hospital		
Ricoveri chirurgici		
Ricoveri non chirurgici		
<p>AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA – Qualsiasi professionista che affitti stanze, locali ed apparecchiature dal CONTRAENTE, o ad ogni modo fornisca servizi medici autonomi e che svolga attivita’ con obbligazioni contrattuali <u>assunte direttamente con il paziente</u>;</p>		

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
 Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

SEZIONE 4 - DISCIPLINE PARTICOLARI *

Si prega di indicare se IL CONTRAENTE svolge alcuna delle seguenti categorie di trattamento medico:

- | | |
|----------------------------------------------------|-------|
| (a) Chirurgia estetica | SI/NO |
| (b) Chirurgia bariatrica | SI/NO |
| (c) Neurochirurgia spinale e/o Ortopedia spinale | SI/NO |
| (d) Medicina Fetale/diagnostica prenatale | SI/NO |
| (e) Fertilita'/Procreazione Medicalmente Assistita | SI/NO |
| (f) Parti ed aborti | SI/NO |

In caso affermativo, si prega di indicare le procedure chirurgiche per ognuna delle sopra indicate categorie includendo il numero di pazienti annuali, numero e tipologia di operazioni chirurgiche e fatturato annuale relativo a ciascuna attivita' come riportato di seguito:

DISCIPLINA	N PAZIENTI ANNUALI	NUMERO OPERAZIONI	FATTURATO ANNUALE	TIPOLOGIA OPERAZIONI/TRATTAMENTI
Chirurgia meramente estetica (svolte per ragioni diverse dalla ricostruzione a seguito di infortunio o malattia)				
b) Chirurgia Bariatrica				
c) Neurochirurgia Spinale e/o Ortopedia Spinale (piu' dettagliatamente operazioni inerenti la ricostruzione totale della spina dorsale")				
d) Medicina Fetale e Diagnostica Prenatale invasiva e non invasiva				

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

e) ATTIVITA' DI FECONDAZIONE ASSISTITA / PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA:

Fertility related activities:

Procedure(s)	N. Procedure - ultimo anno finanziario	Tasso di successo ultimo anno finanziario	Fatturato Annuale	N. Stimato di procedure - (corrente anno finanziario)
Artificial Insemination by Donor Inseminazione Artificiale Eterologa				
Frozen Embryo Transfer (FET) Trasferimento Embrioni				
Gamete Intra-Fallopian Transfer (GIFT) Trasferimento Intratubarico di Gameti				
Embryo Testing/ Preimplantation Genetic Diagnosis (PGD) Diagnosi Genetica Pre-impianto				
Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) Iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo				
Intrauterine Insemination (IUI) Inseminazione Intrauterina				
In Vitro Fertilisation (IVF) Fecondazione in Vitro (FIVET)				
In Vitro Maturation (IVM) Maturazione In Vitro degli ovociti				
Ovarian Tissue Freezing Congelamento tessuti Ovarici				
Pronuclear Stage Embryo Transfer (PROST)/Zigote-Itra-Fallopian Transfer (ZIFT) Fertilizzazione in vitro e trasferimento degli zigoti				
Reproductive Immunology Immunologia Riproduttiva				
Storage of Gametes for Oncology Patients Stoccaggio di gameti per pazienti oncologici				
Surgical Procedures (e.g. Surgical Sperm Retrieval, Testicular Biopsy; vasectomy); Procedure chirurgiche (estrazione testicolare dello sperma, Biopsia testicolare, vasectomia)				
Tubal Embryo Transfer (TE) Trasferimenti Tubarici di Embrioni				
Altro - specificare				

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

f) IL CONTRAENTE ha svolto - negli ultimi 10 anni - attività' di ostetricia che sia relativa al parto e/o aborto, di un bambino/i, sia esso naturale (pilotato oppure no) che con parto cesareo?

SI/NO

L'attività' di ostetricia relativa a parti ed aborti, e' attualmente attiva?

SI/NO

In caso negativo, cortesemente indicare la data di chiusura , se alcuna, del reparto di ostetricia (limitatamente a parti ed aborti) ed indicare motivi di tale chiusura , se alcuni:

SEZIONE 5 - INFORMAZIONI PARTICOLARI SUL PERSONALE MEDICO A SEGUITO DEL DDL GELLI

(A) MEDICI DIPENDENTI:

- (i) Il CONTRAENTE verifica ANNUALMENTE che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato DIPENDENTE acquisti separata copertura assicurativa per i danni da **Colpa Grave** con limite di copertura di almeno 3 volte il proprio stipendio lordo annuale? SI/NO

Se NO, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(B) MEDICI CONVENZIONATI/ACCREDITATI/CONTRATTUALIZZATI:

- (i) Il CONTRAENTE considera il personale CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO equiparato ai medici dipendenti (In linea con il DDL Gelli/Bianco)? SI/NO

In caso affermativo, Il CONTRAENTE verifica ANNUALMENTE che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO acquisti separata copertura assicurativa per i danni da **Colpa Grave** con limite di copertura di almeno 3 volte il proprio stipendio lordo annuale? SI/NO

Se NO, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

- (ii) Alternativamente, Il CONTRAENTE considera il personale CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO equiparato ai medici Autonomi/in libera professione (non in linea con il DDL Gelli/Bianco)? SI/NO

In caso affermativo, Il CONTRAENTE verifica ANNUALMENTE che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato CONVENZIONATO/ACCREDITATO/CONTRATTUALIZZATO acquisti separata copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica (operante a primo rischio) con limite di copertura di almeno € 1,000,000 ? SI/NO

Se NO, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(C) MEDICI AUTONOMI/LIBERI PROFESSIONISTI:

A seguito del DDL Gelli/Bianco:

- (i) Il **CONTRAENTE** verifica PERIODICAMENTE e conserva prova che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** che fornisca servizi medici autonomi e che svolga attività con obbligazioni contrattuali assunte direttamente con il paziente, sia in possesso di un contratto controfirmato dal paziente dove si evince la relazione contrattuale tra le due parti anche per le attività intraprese all'interno della struttura del **CONTRAENTE** ?

SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

- (ii) Il **CONTRAENTE** verifica ANNUALMENTE e conserva prova che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA** che fornisca servizi medici autonomi e che svolga attività con obbligazioni contrattuali assunte direttamente con il paziente acquisti separata copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica (operante a primo rischio) con limite di copertura di almeno € 1,000,000?

SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

- (iii) Il **CONTRAENTE** verifica ANNUALMENTE che la suddetta copertura assicurativa per i danni da responsabilità professionale medica (operante a primo rischio) con limite di copertura di almeno € 1,000,000, comprenda l'estensione al diritto di rivalsa nei confronti del Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato **AUTONOMO / LIBERO PROFESSIONISTA**

SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(d) Il **CONTRAENTE** verifica che ogni Medico, Infermiere, o altro Personale Medico Qualificato sia iscritto ad un Ordine Medico riconosciuto o faccia parte di un riconosciuto Ordine Professionale e detenga le relative licenze necessarie per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione?

SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(e) Il **CONTRAENTE** sottopone a verifica ogni Medico, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato prima dell'inizio del rapporto di lavoro e durante il rapporto di lavoro stesso con il **CONTRAENTE**, per uso di droga e/o abuso di alcool?

SI/NO

Se **NO**, si prega di indicare le motivazioni per le quali ciò non accade:-

(f) Il **CONTRAENTE** si procura sufficienti referenze scritte e conferma dell'inesistenza di richieste di risarcimento, o comunque di episodi collegati a responsabilità professionale medica, per ogni Medico, Infermiere e altro Personale Medico Qualificato prima di assumerli o di permettere loro l'utilizzo dei propri locali?

SI/NO

Se **NO** si prega di indicare per quale motivo, e quando, non si procederebbe a tale controllo:-

(g) Il **CONTRAENTE** conferma che nessuno dei Medici, Infermieri e altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali

(i) è oggetto di indagine disciplinare da parte di Ordini Professionali, Istituti o Associazioni né è coinvolto in alcun procedimento civile o amministrativo per responsabilità professionale;

(ii) è stato mai condannato per delitti o reati, né è attualmente coinvolto in alcun procedimento penale

SI/NO

Se **NO** a (i) o (ii) si prega di fornire ogni relativa informazione:-

(h) Il **CONTRAENTE** conferma che se un Medico, Infermiere o altro Personale Medico Qualificato che presta attività lavorativa nei suoi locali è interessato da un evento menzionato sopra alle lettera (e) (i) o (ii) deve comunicarlo al **CONTRAENTE** quanto prima?

SI/NO

SEZIONE 6 - ATTIVITA' DI LABORATORIO

(a) Il **CONTRAENTE**, tra le prestazioni professionali che fornisce, effettua analisi e referti su sangue, urine e / o campioni di liquido seminale? **SI/NO**

(b) Se **SI**:- Tali analisi vengono svolte presso un laboratorio esterno completamente indipendente? **SI/NO**

Se **SI**:- Si prega di rispondere ad entrambe le seguenti domande:-

(i). Il **CONTRAENTE** ha sottoscritto un contratto che definisca la natura dei servizi richiesti e il livello delle prestazioni professionali richieste a tale laboratorio? **SI/NO**

(ii). Il **CONTRAENTE** garantisce che il laboratorio abbia adeguata Copertura Assicurativa per il servizio professionale che svolge in nome e per conto del **CONTRAENTE**? **SI/NO**

Se **NO** a (i) e/o (ii) di cui sopra, si prega di indicarne il motivo:

SEZIONE 7 - GESTIONE DEL RISCHIO

(a) Il **CONTRAENTE** possiede o utilizza una Banca del Sangue? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di indicare i dettagli di come il **CONTRAENTE** si assicura, per quanto ragionevolmente possibile, che il sangue non contenga malattie trasmissibili e/o infezioni:-

(b) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni trattamento effettuato su pazienti minorenni venga effettuato solo con il consenso dei genitori o di un tutore legale? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare le circostanze in cui questo non si verifichi:-

(c) Il **CONTRAENTE** dispone di un sistema di controllo della qualità al fine di garantire un elevato livello di gestione del rischio e controllo sulla sua attività? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicarne i motivi :-

(d) Il **CONTRAENTE** si assicura che tutte le apparecchiature di cui si fa utilizzo siano sterili, e che siano in atto procedure al fine di assicurare sempre tale sterilizzazione? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare in quali circostanze ciò non si verifica:-

(e) Il **CONTRAENTE** ha stipulato un contratto di manutenzione con un terzo soggetto specializzato al fine di garantire per tutte le apparecchiature un adeguato servizio di manutenzione? **SI/NO**

Se **NO**, quali misure adotta il **CONTRAENTE** per assicurarsi che ogni apparecchiatura svolga la propria funzione ad un livello soddisfacente?

- (f) Il **CONTRAENTE** intraprende, gestisce, controlla o comunque ha un coinvolgimento diretto nel corso delle sperimentazioni cliniche? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di fornire tutti i dettagli della portata delle attività svolte:-

- (g) Il **CONTRAENTE** si assicura che ogni qualvolta sia necessario un valido consenso informato sia sempre ottenuto per iscritto dal paziente prima che venga effettuata qualsiasi procedura chirurgica? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare in quali casi tale consenso non verrebbe ottenuto.

- (h) Il **CONTRAENTE** ha un apposito Ufficio Reclami e/o CVS interno per registrare e trattare tutti i reclami e le potenziali richieste danni? **SI/NO**

Se **NO**, si prega di indicare come i reclami e/o le potenziali richieste danni vengano gestite e da chi:-

SEZIONE 8 – Questa assicurazione è prestata alle condizioni note con la formula “claims made” ed I Sottoscrittori escluderanno dalla copertura assicurativa ogni reclamo già noto all’ASSICURATO/I prima della data di inizio della polizza. Si prega di rispondere alle seguenti domande dopo aver effettuato indagini approfondite al riguardo presso tutti i soggetti assicurati.

- (a) Ha l’**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni per negligenza medica, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

- (b) Ha l’**ASSICURATO**, o qualsiasi altro Medico autonomo / libero professionista, mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità civile per lesioni personali o danni alla proprietà, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

- (c) Ha l’**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a dolo e/o colpa grave, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

- (d) Ha l’**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a responsabilità del datore di lavoro, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

- (e) Ha l’**ASSICURATO** mai ricevuto reclami e/o richieste di risarcimento danni relativi a incendio, siano essi stati accolti o respinti? **SI/NO**

Corvelia Limited underwrites professional liability insurance to the Health Industry as an underwriting agency under the trading name of Corvelia Underwriting. It is a private company incorporated and registered in England and Wales with company number 09352291 and FCA Reference Number 686257

Registered Office: C/O PKF, 1 Westferry Circus, London E14 4HD. Operating From: 1st Floor, 140 Fenchurch Street, London EC3M 6BL
Corvelia Limited is an Appointed Representative of Ambris LLP which is authorised and regulated by the Financial Conduct Authority (FCA FRN: 586267)

SEZIONE 9 – Coperture Precedenti

(a) Il **CONTRAENTE** è attualmente assicurato per danni da Responsabilità Professionale Medica, Responsabilità Civile e Responsabilità Dipendenti? **SI/NO**

Se **SI** si prega di indicare come segue (inclusendo le risposte (i) e (ii) sotto):-

Assicuratore	Scadenza	Limite	Franchigia	Data Retroattività	di	Premio

(i) Il **CONTRAENTE** è stato assicurato ininterrottamente dalla Data di retroattività sopra indicata? **SI/NO**

Se **NO** si prega di indicare da quale data tale copertura assicurativa continuativa è stata acquisita:-

(ii) L'attuale polizza prevede un periodo di postuma, o comunque un periodo suppletivo alla scadenza di polizza entro il quale gli Assicuratori accettano nuove notifiche di sinistro afferenti ad eventi comunque avvenuti nel periodo di polizza (ultrattività'), nel caso in cui la copertura assicurativa non venisse rinnovata dai medesimi Assicuratori? **SI/NO**

Se **SI**, quanto dura questo periodo di postuma/ultrattività'?

(b) E' mai stata negata al **CONTRAENTE** una copertura assicurativa simile alla presente, o è mai stata questa polizza assicurativa disdettata o dichiarata invalida? **SI/NO**

Se **SI**, si prega di fornire i dettagli del caso:-

SEZIONE 10 – No claims declaration e Dichiarazioni del CONTRAENTE

Dichiarazione assenza sinistri e/o evento materiale che potrebbe dare origine ad un sinistro.

Ai fini di una corretta valutazione del rischio da assicurare, prima della data di inizio del **Periodo di Durata della Polizza**, il **CONTRAENTE** ha l'obbligo di dichiarare qualsiasi evento materiale che possano dare origine ad una **Richiesta di Risarcimento**;

A titolo esemplificativo e non limitativo, per evento materiale si intende:

- Qualsiasi indagine condotta da qualunque autorità che abbia poteri di investigazione sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi ingiunzione, atto di citazione, o comunque comunicazione scritta che presupponga una affermazione di responsabilità a carico dell'Assicurato
- Qualsiasi evento che sia stato o siano oggetto di indagini penali o da qualunque autorità competente a vigilare sull'attività dell'Assicurato;
- Qualsiasi sequestro di cartelle cliniche, avviso di garanzia, rinvio a giudizio o incidente probatorio, accertamenti tecnici preventivi o qualsiasi altro atto o comunicazione da cui possa desumersi la pendenza di un procedimento;

Le sopra indicate devono includere anche eventi dannosi o fatti su cui pende qualsiasi forma di indagine conosciuta.

Il **CONTRAENTE** dichiara pertanto che tutte le **Richieste di Risarcimento**, gli eventi materiali da cui potrebbero derivare **richieste di risarcimento** di cui sia stato o venga a conoscenza sino alla data di stipula della polizza sono stati comunicati agli **Assicuratori**, e/o siano stati notificati ed assunti in garanzia dai precedenti assicuratori; in tale senso il **CONTRAENTE** si impegna a non formulare alcuna richiesta nei confronti degli **Assicuratori** volta ad ottenere un indennizzo a fronte di tali **Richieste di Risarcimento** o eventi dannosi, fatti e circostanze.

Qualsiasi Sinistro e/o evento materiale, che non viene notificata ai Sottoscrittori per tramite della presente No Claims Declaration non potrà beneficiare delle garanzie di questa Polizza

Firma _____

Data _____

Posizione _____

In nome e per conto del **CONTRAENTE**

Nome in lettere maiuscole (Stampato) _____

DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicurato si obbliga ad accertarsi ed a conservare prova del fatto che tutti i Medici che presso la struttura esercitano in libera prestazione di servizio, che abbiano una relazione diretta e privata con il paziente, abbiano sottoscritto una propria polizza di assicurazione individuale operante a primo rischio ed a copertura della propria RC Professionale.

A tale scopo, l'Assicurato si obbliga a predisporre e mantenere costantemente aggiornata una lista di tutti i Medici in libera prestazione di servizio che abbiano una relazione diretta e privata con il paziente, con indicazione delle corrispondenti polizze assicurative stipulate a titolo personale; in tale lista dovranno essere espressamente riportati gli estremi dell'Ente Assicuratore, il limite di indennizzo previsto, le date di decorrenza, scadenza ed eventuale retroattività della polizza & :

- l'estensione di copertura ad eventuale rivalsa nei confronti del suddetto Medico, infermiere, o altro Personale Medico in libera prestazione di servizio -

L'Assicurato, inoltre, si impegna a mettere a disposizione dei Sottoscrittori (o del Loss Adjuster definito in polizza) la lista suddetta in caso di necessita'.

Firma _____

Data _____

Posizione _____

In nome e per conto del **CONTRAENTE**
Nome in lettere maiuscole (Stampato) _____

DICHIARAZIONI

Si dichiara che le risposte, dichiarazioni, dettagli ed informazioni supplementari di cui sopra, sono rispondenti a verità al meglio delle conoscenze e delle convinzioni del **CONTRAENTE**. Dopo accertamenti approfonditi si conferma anche che sono state fornite tutte le informazioni e gli elementi determinanti che possono modificare la valutazione del rischio dei Sottoscrittori, o modificare la loro valutazione delle esposizioni a cui questa copertura assicurativa potrebbe portare. Con la firma di questo documento si dichiara di comprendere ed accettare che tutte le informazioni presenti assieme a tutte le risposte, dichiarazioni, e dati aggiuntivi forniti con il presente modulo di proposta contrattuale diventeranno parte della polizza e ne costituiranno fondamento giuridico.

Firma _____

Data _____

Posizione _____

In nome e per conto del **CONTRAENTE**

Nome in lettere maiuscole (Stampato) _____