

STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E CLINICHE PRIVATE

FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA

SI PREGA DI COMPLETARE UN QUESTIONARIO PER OGNI STRUTTURA DA ASSICURARE

ANAGRAFICA		DATI DEL PROPONENTE	
	Ragione Sociale del Proponente		
	P.IVA		
	Indirizzo		
	Città		
	Provincia		
	Paese/Stato		
	Data di costituzione		
	Sito WEB e Recapito Telefonico		
	Mail da utilizzare per accedere all' Area Riservata		
ANAGRAFICA		DATI DELLA STRUTTURA DA ASSICURARE	
	Ragione Sociale Struttura da Assicurare		
	P.IVA		
	Indirizzo		
	Città		
	Provincia		
	Paese/Stato		
	Data di costituzione		
	Sito WEB e Recapito Telefonico		
	Mail da utilizzare per accedere all' Area Riservata		
TIPO DI STRUTTURA		La Struttura è Pubblica o Privata?	
	La Struttura è convenzionata con il SSN?		

		NOME ASSICURATORE	MASSIMALE PER SINISTRO	MASSIMALE AGGREGATO ANNUO	RITENZIONE PER SINISTRO	RITENZIONE AGGREGATA ANNUA	CLAIMS MADE / LOSS OCCURRENCE	RETRO ATTIVITÀ	PREMIO ANNUO LORDO
STATUS ASSICURATIVO E ASSICURATORI PRECEDENTI	Anno precedente - 5								
	Anno precedente - 4								
	Anno precedente - 3								
	Anno precedente - 2								
	Anno precedente - 1								
	Anno corrente								
	Data Scadenza della polizza Anno corrente								
	È previsto un periodo di postuma o suppletivo che consenta di notificare agli assicuratori in corso dei sinistri relativi a eventi verificatisi nell'anno di polizza, ma denunciati negli anni successivi?								
È mai stata rifiutata / annullata / disdettata una Polizza Assicurativa per i medesimi rischi? Per quale motivo?									

FATTURATO	Consuntivo anno precedente - 2	EUR
	Consuntivo anno precedente - 1	EUR
	Stima anno corrente	EUR
	% attività Ostetricia e Ginecologia su fatturato annuo corrente	
	% attività Ortopedia su fatturato annuo corrente	
RETRIBUZIONI	Stima Retribuzioni anno corrente (personale dipendente + non dipendente)	EUR

DESCRIZIONE DEL RISCHIO	Descrizione del Rischio su principali attività sanitarie svolte nella struttura	
	Nr. Accessi annuali per prestazioni mediche indipendentemente dai ricoveri	
	Nr. Sale operatorie	

	Nr. Annuo Nascite totali	
	Nr. Annuo Nascite con taglio cesareo	
	Nr. Annuo Nati con Handicap	
	Nr. Annuo Nati con tasso di "apgar" pari o inferiore a 6	
	Nr. Annuo Nati morti	
	Nr. Annuo Decessi dopo la nascita	
	Nr. Annuo Nati con gravi menomazioni	
	Nr. Annuo indirizzati a terapia infantile o TIN	

FOCUS CARTELLE CLINICHE	Esistono procedure formali per la compilazione della cartella clinica che siano adeguate a precisi standard di qualità?	
-------------------------	---	--

FOCUS RISK MANAGEMENT	È presente un Risk Manager addetto alla gestione dei rischi della struttura?	
	È presente un sistema di gestione della qualità certificato? Quale?	
	Indicare le procedure di Risk Management / prevenzione e gestione dei rischi:	

AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI CONVENZIONATI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CON FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE		
	C O N V. S S N	P R I V A T I	D A Y H O S P.	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI
PRONTO SOCCORSO															
CARDIO CHIRURGIA															
CARDIOLOGIA															
CHIRURGIA GENERALE															
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE															
CHIRURGIA PEDIATRICA															
CHIRURGIA PLASTICA															
CHIRURGIA VASCOLARE															
DERMATOLOGIA															
TRICOLOGIA															
GERIATRIA															
GINECOLOGIA															
EMATOLOGIA															
EMODIALISI															
GASTROENTEROLOGIA															
IMMUNOLOGIA															
MALATTIE ENDOCRINE															
MALATTIE INFETTIVE															
MEDICINA GENERALE															
MEDICINA DEL LAVORO															
NEFROLOGIA															
NEUROCHIRURGIA															
NEUROLOGIA															
NEUROPSICHIATRIA															
OCULISTICA															



AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI CONVENZIONATI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CON FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE		
	C O N V. S S N	P R I V A T I	D A Y H O S P.	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI
ODONTOIATRIA / STOMATOLOGIA															
ONCOLOGIA															
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA															
OSTETRICIA /PARTI/ NASCITE															
ORTORINOLARINGOIATRIA															
PNEUMATOLOGIA															
PSICOLOGIA															
RADIOLOGIA															
RIABILITAZIONE															
TERAPIA INTENSIVA															
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE															
CENTRO TERAPIE FISICHE E RIABILITATIVE															
AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE															
AMBULATORIO SPECIALISTICO															
CENTRO DI MEDICINA ESTETICA															
CENTRO DI DIALISI															
CENTRO DI RADIOTERAPIA															
LABORATORIO ANALISI															
POLIAMBULATORIO															
CENTRO MEDICO															

AREA MEDICA	POSTI LETTO			MEDICI DIPENDENTI			MEDICI CONVENZIONATI			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI CON FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE			MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI SENZA FATTURAZIONE DIRETTA AL PAZIENTE		
	C O N V. S S N	P R I V A T I	D A Y H O S P.	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI	CHIRURGHI	NON CHIRURGHI	PRESTAZIONI CHIRURGICHE ANNUALI
STUDIO DI OMEOPATIA E AGOPUNTURA															
SERVIZI DI STUDI MEDICI DI MEDICINA GENERALE															
IGIENE E PROFILASSI															
CASE DI CURA DI LUNGA DEGENZA															
ALTRE ATTIVITÀ PARAMEDICHE INDIPENDENTI															
STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER ANZIANI E DISABILI (R.S.A.)															
STRUTTURE DI ASSISTENZA SOCIALE E RESIDENZIALE (R.A.)															
STRUTTURE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA RESIDENZIALE PER ANZIANI															
STRUTTURE DI ASSISTENZA RESIDENZIALE PER PERSONE AFFETTE DA RITARDI E DA DISTURBI MENTALI, O CHE ABUSANO DI SOSTANZE STUPEFACENTI															
ALTRO (SPECIFICARE)															

INTERMEDIAZIONE	Nome del Broker direttamente incaricato dall'Ente	
	Esiste mandato in esclusiva ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ALTRO Specificare: _____

TARGET STRUTTURALE RICHIESTO	Premio Annuo Imponibile richiesto al lordo di commissioni di intermediazione	EUR
	Massimale per Sinistro Richiesto	EUR
	Massimale in Aggregato Annuo Richiesto	EUR
	SIR /Scoperto per sinistro	EUR
	SIR in Aggregato Annuo richiesta	EUR
Condizioni Particolari (Inclusioni, Esclusioni, Limiti Speciali/Sottolimiti speciali/Franchigie Speciali) Retroattività richiesta (indicare n. di mesi/anni totali a ritroso dalla data di inizio della copertura)		

SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI	Il Contraente è a conoscenza di fatti o circostanze note dai quali possano derivare richieste di risarcimento negli ultimi 5 anni? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se sì, compilare il modulo "SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI"
--	--

SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI											
NOME STRUTTURA DI RIFERIMENTO	ASSICURATORE	CODICE SINISTRO	DATA ACCADIMENTO	DATA DENUNCIA	DESCRIZIONE EVENTO	REPARTO	ETÀ DANNEGGIATO	STATO SINISTRO	RICHIESTA DI CONTROPARTE	IMPORTO PAGATO (DALLA PRIMA LIRA E AL LORDO DI EVENTUALI RIVALSE)	IMPORTO RISERVATO (DALLA PRIMA LIRA E AL LORDO DI EVENTUALI RIVALSE)
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR
										EUR	EUR

DICHIARAZIONI CONCLUSIVE

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario corrispondono a verità e che nessuna informazione importante inerente il rischio oggetto di assicurazione è stata omessa, sottaciuta o alterata e riconosce che il presente questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto del proponente costituisce la base dell'eventuale contratto di assicurazione che sarà emessa in conseguenza.

Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato autorizzato a compilare la presente proposta per conto dell'Associazione Professionale o della Società e che gli assicurati hanno preso visione ed approvato la stessa così come compilata.

Il sottoscritto prendendo atto che le informazioni riportate costituiranno base essenziale per la valutazione del rischio e che il presente questionario diverrà parte integrante del contratto ove stipulato, dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni inesatte e le reticenze sono assoggettate alle disposizioni degli Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Milano, ... / ... /

IL PROPONENTE _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 508 21 Informativa Privacy - Ed. 31.05.2021** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla **Compagnia** le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Milano, ... / ... /

IL PROPONENTE _____