

PROPOSTA – QUESTIONARIO
Proposal Form

ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE
Medical Malpractice Insurance

per le

STRUTTURE SANITARIE

**PROPOSTA – QUESTIONARIO PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ
CIVILE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE**
Medical Malpractice Insurance Proposal Form

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE
Instruction

Per cortesia/Please

- Scrivere chiaramente in stampatello o a macchina
Print clearly or Type
- Rispondere esaurientemente a tutte le domande
Answer all question clearly
- Se lo spazio per rispondere ad una domanda non fosse sufficiente, continuate su un foglio separato su carta intestata della Vostra Azienda, indicando il numero della domanda corrispondente
If there is insufficient space to completely answer a question, continue in a separate sheet of your firm's letterhead indicating the number of the question
- Il questionario deve essere firmato e datato da un Responsabile dell'Azienda
The form must be signed and dated by a Partner or Principal of the firm

IMPORTANTE
Important Notice

E' Vostro dovere comunicare tutti i fatti che possono influenzare il giudizio e l'accettazione della proposta da parte degli Assicuratori. Se si tratta di un rinnovo, occorre inserire qualsiasi cambiamento rispetto a quanto comunicato in precedenza. Se si è in dubbio che un fatto possa essere o meno di interesse, è meglio riportarlo nel questionario. Errori nella comunicazione potrebbero compromettere il diritto al risarcimento in caso di sinistro o permettere agli Assicuratori di disdire la Polizza.

It is your duty to disclose all material facts to Underwriters. A material fact is one that is likely to influence an Underwriter's judgement and acceptance of your proposal. If your proposal is a renewal, it should also include any change in facts previously advised to underwriters. If you are in any doubt about facts considered material, disclose them. Failure to disclose could prejudice your rights to recover in the event of a claim or allow Underwriters to void the policy.

SEZIONE A – INFORMAZIONI GENERALI
Section A – General Information

1. Nome e sede principale dell'Azienda da assicurare

Name and principal address of the establishment(s) to be insured

ASL Nuoro via Demurtas n.1 08100 Nuoro

2. Indicate nello spazio sottostante l'esistenza di altre eventuali ubicazioni da includere nell'assicurazione, indicando il loro uso e la loro destinazione

If other locations are to be covered by the proposed insurance, please list them hereunder together with details of the use to which they are put.

Presidi Ospedalieri di Nuoro San Francesco e P.O. Cesare Zonchello

Presidio Ospedaliero di Sorgono San Camillo

Distretto Sanitario Siniscola

Distretto Sanitario Macomer

Distretto Sanitario Sorgono

Distretto Sanitario Nuoro

3. Si tratta di una struttura pubblica o privata?

Establishment(s) is(are) owned by:

Struttura Pubblica

4. Da quanto tempo la struttura opera sotto l'attuale proprietà? Se ci sono stati cambiamenti, quando si sono verificati?

How long had the Establishment(s) been operated by the present owners? If change, when?

La struttura opera sotto la responsabilità di un Direttore Generale nominato dall'Assessore Regionale alla Sanità

5. La struttura è registrata come istituzione benefica? SI NO x
Is the establishment registered as a charity? YES NO

Se sì, qual è la percentuale dei relativi pazienti

If it is, what is the approximate percentage of charity patients?

6. Qual è la indicativamente la percentuale di pazienti relativi a:

What is the approximate percentage of patients from:

SSN **98%** _____

Government/Public

Privati **?** _____

Private/funding

Istituzioni benefiche **?** _____

Charitable

7. Che tipologia di struttura (e) è (sono) registrata (e) nelle ubicazioni indicate precedentemente?

What kind of Establishment is registered at the specified locations listed above?

Nessuna

8. La(e) struttura(e) è autorizzata ad operare agli indirizzi dichiarati ai punti 1 e 2?

Is (are) the Establishment(s) licences to operate at hte addresses declared under 1 and 2 above?

SI NO

YES NO

SEZIONE B – INFORMAZIONI RELATIVE AL PERSONALE

Section B – Personnel Information

1. Specificate il numero di dipendenti in ognuna delle seguenti specializzazioni (indicare le informazioni riguardanti eventuali altri dipartimenti e qualifiche su un foglio separato)

State the number of employees in each of the following classifications

(Please state details regarding other departments and qualifications on a separate sheet)

Specializzazione Speciality	N° di Medici N° of physicians	Qualifiche Qualifications	Laurea ed esperienze Graduate from, when, experience?
Chirurgia Generale <i>General Surgery</i>	15		
Chirurgia Cardiaca <i>Cardiac Surgery</i>	/		
Chirurgia Dentaria <i>Dental Surgery</i>			
Chirurgia Plastica <i>Plastic Surgery</i>	2		
Chirurgia Toracica	/		

<i>Thoracic Surgery</i>			
<i>Chirurgia Vascolare</i>	3		
<i>Vascular Surgery</i>			
<i>Anestesiologia</i>	17		
<i>Anaesthesiology</i>			
<i>Cardiologia</i>	15		
<i>Cardiology</i>			
<i>Odontoiatria/Ortodonzia</i>	3		
<i>Dentist/Orthodontist</i>			
<i>Dermatologia</i>	6		
<i>Dermatology</i>			
<i>ENT</i>			
<i>ENT</i>			
<i>Medicina Generale</i>	10		
<i>General Practitioner</i>			

<i>Ginecologia</i>			
<i>Gynaecology</i>			
<i>Medicina Interna</i>	10		
<i>Internal Medicine</i>			
<i>Neonatologia</i>	6		
<i>Neonatology</i>			
<i>Neurologia</i>	11		
<i>Neurology</i>			
<i>Medicina Nucleare</i>			
<i>Nuclear Medicine</i>			
<i>Ostetricia</i>	14		
<i>Obstetrics</i>			
<i>Oftalmologia</i>	8		
<i>Ophthalmology</i>			
<i>Ortopedia</i>	9		
<i>Orthopaedics</i>			
<i>Pediatria</i>	9		
<i>Paediatrics</i>			
<i>Psichiatria</i>			
<i>Psychiatry</i>			
<i>Radiologia</i>	23		
<i>Radiology</i>			
<i>Radioterapia</i>	4		
<i>Radiotherapy</i>			
<i>Ematologia</i>	12		
<i>Transfusion Medicine</i>			
<i>Traumatologia</i>			
<i>Traumatology</i>			
<i>Urologia</i>	8		
<i>Urology</i>			
<i>Altri</i>			
<i>Other</i>			

2. Indicate il numero, la qualifica e il livello di istruzione superiore dello staff infermieristico
State the number, qualifications and further education of the nursing staff

3. La struttura impiega:

Does the Establishment employ:

a) studenti/*students*? **Si**

b) tirocinanti/*trainees*? **Si**

c) tecnici radiologi/*X-ray technicians*? **Si**

d) tecnici di laboratorio/*Laboratory technicians*? **Si**

e) altro staff medico (indicare il numero e le qualifiche)

other medical staff (please give details about number and qualification)

4. La struttura ha:

un pronto soccorso aperto 24 ore con personale medico ed infermieristico?

24h-readiness with physician and nursing service?

SI NO

YES NO

Un pronto soccorso aperto 24 ore con personale specialistico?

24h-readiness with specialist service?

SI NO

YES NO

Indicate la disponibilità di personale nei week-end e di notte

State the personnel availability at weekend and night

Sempre presente

SEZIONE C – INFORMAZIONI RELATIVE AI REPARTI ED AI POSTI LETTO
Section C – Information about departments and patient capacity

1. Compilate in tutte le sue parti la tabella seguente
Please give further information in the following table:

P.O. san Francesco

Specializzazione	N° di posti letto		N° di ricoveri all'anno	N° di dimissioni all'anno	Durata media dei ricoveri	Tasso medio di occupazione dei posti letto
Speciality	N° of Beds		N° of in -patients p.a.	N° of out – patients p.a.	Average duration of treatment	Average degree of occupancy
	ord	dh				
Chirurgia	21	8	1.601	1.597	6,17	91,68%
Surgery						
Chirurgia vascolare	4	1	277	276	8,26	105,75%
Vascular Surgery						
Neurochirurgia	14	1	861	854	7,8	88,94%
Neurosurgery						
Oftalmologia	7	3	1.438	1.434	6,52	86,26%
Ophthalmology						
Ortopedia	29	2	1.232	1.213	8,34	77,09%
Orthopaedics						
Otorinolaringoiatria	16	2	973	970	5,13	76,46%
Otorhinolaryngology						
Ostetricia e Ginecologia	34	5	3.225	3.203	4,12	73,96%
Obstetrics and Gynaecology						
Urologia	17	1	1.633	1.631	6,14	72,76%
Urology						
Cardiologia	12	1	1.012	1.002	3,81	81,35%
Cardiology						
Terapia Intensiva	11	1	144	135	16,04	53,92%
Intensive care unit						
Ematologia	10	7	944	937	10,71	88,30%
Transfusion Medicine						
Geriatria	30	3	1.821	1.814	6,24	94,14%
Geriatrics						
Malattie Infettive	11	3	614	606	7,46	66,92%
Infectious Diseases						
Medicina interna	27	6	2.338	2.314	6,73	99,69%
Internal Medicine						
Nefrologia e dialisi	8	1	488	481	8,02	91,75%
Nephrology and dialysis						
Neurologia	26	4	1.151	1.131	9,65	86,86%
Neurology						
Dermatologia	12	1	694	684	8,17	91,99%
Dermatology						
Pediatria	12	2	1.051	1.045	4,04	73,74%
Paediatrics						
Neonatologia	-	-	1.128	1.118	3,39	-
Neonatology						
Isolamento pediatrico	-	-	-	-	-	-
Isolation paediatric						
Terapia Intensiva e neonatale	12	-	249	238	11,21	61%
Intensive and neonatal therapy						
Psichiatria	10	1	279	272	13,15	95,51%
Psychiatry						

Specializzazione	N° di posti letto		N° di ricoveri all'anno	N° di dimissioni all'anno	Durata media dei ricoveri	Tasso medio di occupazione dei posti letto
<i>Speciality</i>	<i>N° of Beds</i>		<i>N° of in - patients p.a.</i>	<i>N° of out - patients p.a.</i>	<i>Average duration of treatment</i>	<i>Average degree of occupancy</i>
	<i>ord</i>	<i>dh</i>				
Pneumologia	34	4	879	861	9,82	58,37%
Oncologia		15		1.478	4,12	0,00%
Oncology						
Terapia antalgica		1		17	5,12	0,00%
Hospice	10	4	310	306	8,79	47,42%

P.O.Sorgono

Specializzazione <i>Speciality</i>	N° di posti letto <i>N° of Beds</i>	N° di ricoveri all'anno <i>N° of in - patients p.a.</i>	N° di dimissioni all'anno <i>N° of out - patients p.a.</i>	Durata media dei ricoveri <i>Average duration of treatment</i>	Tasso medio di occupazione dei posti letto <i>Average degree of occupancy</i>
Medicina interna <i>Internal Medicine</i>	18	685	689	6.62	70.43%
Reparti speciali <i>Special Departments</i>					
Ad esempio e.g.					
• Cardiologia <i>Cardiology</i>					
• Gastroenterologia <i>Gastroenterology</i>					
• Oncologia <i>Oncology</i>	1 (DH)	120	120	1	400%
• Altri <i>Other</i>					
Chirurgia <i>Surgery</i>	18	623	623	4.88	46.53%
Reparti speciali <i>Special Departments</i>					
Ad esempio e.g.					
• Chirurgia cardiaca <i>Cardiac Surgery</i>					
• Neurochirurgia <i>Neurosurgery</i>					
• Chirurgia pediatrica <i>Pediatric Surgery</i>					
• Traumatologia <i>Traumatology</i>					

Nota: gli indicatori durata media dei ricoveri e tasso medio di occupazione dei posti letto sono stati calcolati sui DRG ordinari.

2. Percentuali di ricoveri ≤ 3 giorni: SAN FRANCESCO : 42,96%; ZONCHELLO : 17,11%
Percentage of cases ≤ 3 days duration of treatment

3. Percentuale di ricoveri > 30 giorni: SAN FRANCESCO 1,67%; ZONCHELLO 1,39%
Percentage of cases > 30 days duration of treatment

4. Numero di posti letto disponibili SAN FRANCESCO: 323 ORDINARI E 52 DH;
 ZONCHELLO: 44 ORDINARI E 24 DH
State the number of beds available

5. Numero di posti letto disponibili P.O. Sorgono 38
State the number of beds available

6. Attrezzature medico-tecniche
Medical-technical equipment

- | | | | | | | |
|----|--|-------|-------------------------------------|----|--------------------------|----------|
| a) | Raggi X
<i>X Ray</i> | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | N° _____ |
| b) | CT | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | N° _____ |
| c) | MRI | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | N° _____ |
| d) | Radioterapia
<i>Radiotherapy</i> | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | N° _____ |
| e) | Laboratorio di
cateterizzazione cardiaca
<i>Cardiac Catheterisation laboratory</i> | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | N° _____ |
| f) | Altro (descrivere)
<i>Other (please describe)</i> | _____ | | | | |

7. Altre Attrezzature
(Other Equipment)

	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------

- | | | | | | |
|----|--|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| 1. | Farmacia
<i>Pharmacy</i> | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Banca del sangue
<i>Blood Bank</i> | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Banca dello sperma
<i>Sperm Bank</i> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Scuola Infermieri
<i>Nursing School</i> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |

5. Laboratori di ricerca medica SI NO
Medical Research Laboratory

SEZIONE D – STATISTICHE
Section D – Treatment Statistics

1. Riportate alcune informazioni statistiche sul reparto di ostetricia
Give some statistics about the department obstetrics

Numero medio di parti all'anno: San Francesco 1.326 parti
Average deliveries p.a.

di cui
thereof:

- parti cesarei (%): San Francesco 37,10%
caesarean sections

- parti prematuri (%) 115
premature deliveries

- parti gemellari (%) 20
multiple births

- bambini nati morti (%) 2
stillborn infants

Monitoraggi della gravidanza e del feto (ad es. CTG) 3000 circa/anno
Monitoring for gravidaes and foetuses (e.g. CTG)

Esiste un'ostetrica reperibile 24 ore al giorno?
Is an obstetrician on call 24 hours per day? SI NO

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? SI NO

Nella struttura esiste un pediatra per 24 ore al giorno?
Is a pediatrician available in-house 24 hours per day? SI NO

I parti 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? SI NO

Le levatrici possono assistere al parto senza la presenza di un medico?

Can midwives attend birth without an attending doctor?

SI NO

Fornite servizi di terapia/assistenza per genitori in seguito ad aborto, morte perinatale o nascita di bambini handicappati?

Do you offer counselling services for parents following miscarriage or perinatal death or the birth of handicapped children?

SI NO

2. Completare la tabella seguente

Please fill in the following table

Specializzazione <i>Speciality</i>	Numero di procedure operative per ogni reparto <i>Number of operative procedures per department</i>
Chirurgia <i>Surgery</i>	
Reparti Speciali <i>Special Departments</i>	
Ad Esempio <i>e.g.</i>	
• Chirurgia cardiaca <i>Cardiac Surgery</i>	
• Neurochirurgia <i>Neurosurgery</i>	
• Chirurgia pediatrica <i>Paediatric Surgery</i>	
• Chirurgia plastica <i>Plastic surgery</i>	
• Traumatologia <i>Traumatology</i>	
• Chirurgia vascolare <i>Vascular surgery</i>	
• Altro <i>Other</i>	
Odontoiatria <i>Dental medicine</i>	
ENT <i>ENT</i>	
Ginecologia <i>Gynaecology</i>	
Oftalmologia <i>Ophthalmology</i>	
Ortopedia <i>Orthopaedics</i>	
Urologia <i>Urology</i>	
Altro <i>Other</i>	

3. Specificate le principali procedure chirurgiche

State the main surgical procedures (e.g. Endoprothetics)

4. Specificate le principali procedure non chirurgiche (ad es. medicina geriatrica, cardiologia invasiva)

State the main non.surgical procedures (e.g. geriatric medicine, invasive cardiology)

5. Indicate la percentuale di pazienti che hanno avuto complicazioni in seguito a ricoveri, rispetto alla totalità dei pazienti trattati

State complications following treatment as a percentage of all patients treated)

a) Problemi di cicatrizzazione post-operatoria (%) _____
wound-healing impairment (operative specialities)

b) Infezioni articolari ed ossee (%) _____
joint and boneinfections (operative specialities)

c) infezioni generalizzate (%) _____
generalised infections

d) embolia polmonare (%) _____
pulmonary embolism

e) piaghe da decubito (%) _____
decubitus

f) pazienti con disfunzioni neurologiche (ad es. paralisi) (%) _____
patients with nerval dysfunctions (e.g. paralysis)

g) pazienti con disturbi allo stato di coscienza (%) _____
patients with impaired consciousness (e.g. apallic syndrome)

6. a) Avete un'emoteca

do you have a blood bank?

SI NO

Se si specificare il numero di unità di sangue utilizzate annualmente

If so please advise number of blood units consumed annually

b) Il sangue è analizzato secondo specifiche procedure?

Is the blood analysed in accordance with relevant guidelines SI NO

SEZIONE E – CONSENSO INFORMATO

Section E – Informed Consent

Se una qualsiasi delle risposte che seguono è No, si prega di fornire informazioni/motivazioni complete.

If any answer is No, please provide information/reasons.

1. Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura? **SI**
Is informed consent required from patients prior to treatment?
2. In tutti i casi?
In all cases? SI NO
3. Per iscritto?
In writing? SI NO
4. 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? SI NO
5. Chi controfirma i documenti del consenso informato?
Who countersigns the informed consent documents? SI NO
6. Come sono archiviati e per quanto tempo sono conservati? **Inseriti nella Cartella Clinica Illimitato**
How are they filed and how long are they kept?
7. 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? SI NO
8. I moduli e/o i controlli sono oggetto di revisione periodica?
Are the forms and/or controls periodically audited? SI NO

Se Sì, ogni quanto tempo? / *If so how often?*

SEZIONE F – CARTELLE CLINICHE

Section F – Case Notes

1. I protocolli standard delle cartelle cliniche richiedono una registrazione completa di tutte le procedure mediche intraprese e le decisioni prese aggiornate giornalmente? *Do standard case note protocols demand a complete record of all medical procedures undertaken and decisions made updated on a daily basis?*
 SI NO

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?
Primario

3. Ogni quanto tempo le cartelle cliniche vengono controllate?
How often are case notes audited?
Periodicamente

SEZIONE G – INFORMAZIONI SULLA QUALITÀ E SULLA GESTIONE DEI RISCHI

Section E – Information about Quality and Risk Management

Indicate alcune informazioni sulla gestione della Qualità nella vostra struttura

Give some information concerning your Quality Management

1. Indicate tutti gli standards esistenti all'interno della struttura, ad es. linee guida, standards di assistenza infermieristica, piani di igiene e disinfezione:
State alla standards existing in the Establishment e.g. guidelines, standards as nursing standards, hygiene and disinfection plans

Procedura prevenzione cadute accidentali in ambiente ospedaliero per pazienti, operatori e visitatori

Procedura sicurezza blocco operatorio (check list preparazione paziente, conta garze, conta strumenti, sanificazione sale operatorie)

Lavaggio Mani

Protocolli clinico terapeutici presenti in tutte le UU.OO. per diverse problematiche clinico assistenziali, basate sulle linee guida nazionali e internazionali

Procedura per l'applicazione check list sala operatoria

Gestione eventi sentinella

Procedura per la prevenzione e profilassi delle meningiti batterica e malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo.

Gestione dei near misses.

Raccomandazioni per l'utilizzo di elettrobisturi: controllo apparecchiatura – elettrodi e connettori – preparazione del paziente.

2. Studi di casi e di mortalità? SI NO
Case and mortality conferences

Studi di casi clinici

3. Statistiche di mortalità e complicazioni? Indicate il tasso di mortalità relativo ad ogni reparto in un foglio separato

Mortality and complication statistics? Please give the mortality rate per department on a separate sheet

Dati disponibili in Direzione Sanitaria

4. Come sono organizzati il coordinamento e la cooperazione dei e tra i dipendenti ? Come viene effettuato lo scambio di informazioni? Indicatene i dettagli.

How is the co-ordination/co-operation of and between the employees arranged) how is the exchange of information effected? Give some details.

Consegne scritte, riunioni di reparto

Comunicazioni tramite posta interna e posta elettronica

Riunioni plenarie

5. Indicate il numero di personale coinvolto nella gestione della Qualità. C'è una persona interamente dedicata (full-time) a questo lavoro, oppure i responsabili gestiscono questo aspetto tra gli altri compiti loro assegnati?

State the number of personnel involved in Quality Management. Is anybody employed full-time for this job or are several of the staff responsible among other things?

In ogni reparto è presente almeno un referente **Qualità e Rischio Clinico** sia per il **comparto** sia per la **dirigenza** che si interfaccia con l'ufficio Rischio Clinico e Qualità.

Alcune domande relative alla Gestione del Rischio

Some question regarding your Risk Management

1. Nella vostra struttura utilizzate:

Do you act with

- | | | |
|--|--|-----------------------------|
| a) statistiche sinistri
<i>incident reporting</i> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b) confronto con strutture analoghe
<i>peer reviews</i> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c) altri metodi (indicare quali)
<i>other methods (please describe)</i> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Riunioni periodiche dei referenti convocate dal Responsabile dell'ufficio rischio clinico e qualità. Rilevazione, analisi e studio della gestione ed organizzazione sanitaria (es. analisi cartelle cliniche) per il miglioramento della qualità e sicurezza del paziente.

2. Fornite dettagli circa la cooperazione con strutture esterne (ad esempio assicuratori, organizzazioni mediche)
Give details about co-operation with external establishments (e.g. insurance, medical organisations)

E' in corso il percorso per l'accreditamento volontario con la Joint Commission International

3. Esiste un ufficio dedicato al Risk Management? Esiste del personale (interno od esterno) impiegato a tempo pieno nella gestione del rischio oppure i responsabili gestiscono questa attività unitamente agli altri compiti loro assegnati?
Do you employ Risk Management staff? Is anybody employed full-time for this job (internal or external) or are several of the staff responsible among other things?

E presente l' ufficio Rischio Clinico e Qualità Ospedaliera con il seguente organico :

Clinical Risk Manager (medico formato nel settore)

Responsabile infermieristico (formato nel settore)

Responsabile Amministrativo (formato nel settore).

In Azienda è stata creata la rete dei referenti Qualità e Rischio Clinico

4. Come è organizzata la comunicazione tra medico e paziente? Come viene effettuato lo scambio di informazioni?
How is the communication between physician and patient arranged? How is the exchange of information effected?

In genere in sale riservate o nello studio medico, più raramente al letto di degenza.

SEZIONE H – INFORMAZIONI SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI E DI SINISTROSITÀ

Section H – Information about the previous insurance and claims history

1. Indicate gli attuali assicuratori della Struttura
Identify the present Insurer(s) of the establishment

REALE MUTUA DI SASSARI

2. La copertura precedente è stata fatta su una base claims-made?
Has prior coverage been in a claims made basis?

SI NO

In caso affermativo, qual è il periodo di retroattività e quello di ultrattività della garanzia?

If YES, what is the retroactive period and the extended reported period?

Retroattività: dal 13/9/2004

Ultrattività: nessuna

3. Quali sono gli attuali massimali dell'assicurazione di Responsabilità Civile?

Which are the present policy limits od liability insurance?

RCT: € 2.500.000,00 unico

RCO: € 2.500.000,00 unico

Massimo per anno: € 15.000.000,00

4. Esistono delle franchigie? Quali?

What is the deductible, if any?

NO. Esistono limiti di risarcimento.

5. Qual è la data di scadenza della polizza in corso?

What is the expiry date of the present policy?

13 aprile 2012

6. Qualche richiesta di copertura dello stesso tipo è mai stata:

Has any application for this type of insurance ever been

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| a) rifiutata
<i>declined</i> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b) annullata
<i>cancelled</i> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c) ha richiesto condizioni particolari
<i>required special terms</i> | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |

Se avete risposto affermativamente a qualcuna delle domande, indicatene i dettagli

If the answer to any of the above is YES, please give details

Si precisa che dal 13/9/2006 al 13/9/2010 la polizza che allora era in corso con AXA, ha goduto di uno sconto del 12% sul tasso di premio inizialmente pattuito, che non è mai stato revocato.

7. A quanto ammontano le entrate totali della Struttura, comprese quelle delle cliniche affiliate e delle unità operative?

What is the total income of the Establishments and its affiliated clinics and units?

85.000.000,00 DI EURO

8. Esistono cliniche di proprietà/sostenute economicamente dalla Struttura dichiarante? In caso affermativo, indicatene la tipologia.

Are clinics maintained? If so, please indicate the type

9. Limiti di risarcimento richiesti

Limit of indemnity required

Come per la polizza precedente della Reale Mutua

10. Indicate tutti i sinistri che hanno coinvolto la Struttura o i suoi dipendenti negli ultimi 10 anni, in formato elettronico su un foglio di calcolo (excel)

List any claims made against the establishment or its staff during the last 10 years

<i>Data dell'incidente Date of Accident</i>	<i>Data della richiesta di risarcimento Date of claim</i>	<i>Importo richiesto Amount claimed</i>	<i>Importo liquidato Amount paid</i>	<i>Importo Non liquidato Amount Outstanding</i>	<i>Informazioni circa la natura del contenzioso, il danneggiato e l'Assicuratore principale Details including nature of the allegations and details of Claimant and relevant Insurer</i>
v. schema allegato					

11. Indicate tutti i fatti/denunce/querele che potrebbero causare una richiesta di risarcimento o una causa intentata contro la vostra Struttura

List any circumstances/complaints which may give rise to a claim or suit being made against the establishment.

<i>Data degli avvenimenti/della denuncia Date of Circumstances/Complaint</i>	<i>Informazioni circa la natura della denuncia e del denunciante Details including nature of the Complaint and details of the Complainant</i>
Sono tutte incluse nello schema di cui sopra	

12. Tutto quanto sopra riportato è stato notificato ed accettato dal precedente assicuratore?

Have all of the above been notified to and accepted by your previous insurers?

SI NO

In caso negativo, fornite maggiori informazioni
If NO, please provide full details

SEZIONE I – Gestione dei Reclami e delle Richieste di risarcimento
Section I – 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.

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:
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:
3. Procedura per gestire la corrispondenza scritta da parte di un avvocato che presuma una lesione e/o un atto negligente:
The procedure for dealing with the written correspondence from a Lawyer alleging an injury and/or a negligent act:
4. Procedura per gestire un evento avverso che ha portato danni fisici ad un paziente:
The procedure for dealing with an adverse event that caused an injury to a patient:
5. Procedura per gestire un evento avverso che avrebbe potuto portare -ma ciò non è avvenuto- a danni fisici ad un paziente:

The procedure for dealing with an adverse event that may have, but did not, cause an injury to a patient:

6. In caso di sinistro implicante errore professionale del personale viene richiesta l'esibizione della polizza di RC professionale stipulata individualmente dal dipendente e dai collaboratori?

In case of loss implying professional error of staff, is the exhibition of an individual professional indemnity insurance bound by the employee and by the collaborating professionals required?

SI NO

DICHIARAZIONE

Declaration

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni contenute nel presente questionario sono vere e di non aver fornito informazioni inesatte o taciuto alcun fatto rilevante. Dichiara di essere consapevole che la presente proposta, unitamente ad ogni altra informazione fornita dal sottoscritto, fornirà la base di qualsiasi contratto di assicurazione stipulato a questo riguardo. Il Sottoscritto si impegna a comunicare agli Assicuratori qualsiasi modifica inerente i fatti dichiarati, sia che avvenga precedentemente, sia che avvenga posteriormente alla stipula del Contratto di Assicurazione stesso. La firma del presente questionario non impegna né il Proponente né gli Assicuratori a perfezionare il contratto di assicurazione.

I/we declare that the statements and particulars in this proposal are true and that I/we have not misstated or suppressed any material fact. I/we agree that this proposal, together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any Contract of Insurance affected thereon. I/we undertake to inform Insurers of any material alteration to these facts whether occurring before or after completion of the Contract of Insurance. Signing this Proposal Form does not bind the Proposer or the Insurers to complete this Insurance

Lì _____

Dated This

Firma _____ per conto dell'Azienda _____
for and on behalf of