



# **QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER LA**

**Responsabilità Civile Terzi (RCT)**

**Responsabilità Civile del Datore di Lavoro (RCO)**

**DEDICATO A:**

**CLINICHE PRIVATE**

## MODULO DI PROPOSTA

**ATTENZIONE:** Le informazioni contenute nel Modulo di Proposta o Questionario e rese dal Contraente/Assicurato, rappresentano lo strumento sulla base del quale l'Assicuratore assume le informazioni per la valutazione del rischio. Il Questionario forma parte integrante del contratto.

### INFORMAZIONI GENERALI

Nome Sociale:

Indirizzo Sede Legale  Città  Provincia

C.A.P.  Tel.  Fax

P.IVA  Data Costituzione

Indirizzo e-mail

Altri indirizzi operativi nei quali il reddito generato sia maggiore del 20% del reddito complessivo del CONTRAENTE nell'ultimo anno finanziario completo:

1) Vi siete fusi con o scissi da alcuna struttura sanitaria negli ultimi 5 anni?  Si  No

Se Sì, precisare:

2) Fonti di reddito:

<b>Pubblico / S.S.N.</b>	<input type="text"/> %
<b>Pazienti Paganti</b>	<input type="text"/> %
<b>Donazioni</b>	<input type="text"/> %
<b>Liberi Professionisti che fatturano al Proponente</b>	<input type="text"/> %
<b>Altro (precisare)</b> <input type="text"/>	<input type="text"/> %

3) Importo delle retribuzioni (libro paga) e fatturato degli ultimi 5 anni e presumibile importo del libro paga e fatturato dell'anno prossimo

Anno	Retribuzioni (in euro)	Fatturato (in euro)
Anno prossimo (stima)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anno corrente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anno corrente: -1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anno corrente: -2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anno corrente: -3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anno corrente: -4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4) E' vostra intenzione realizzare nuovi piani di sviluppo/crescita nei prossimi 3 anni?  Si  No

Se Si, descrivere:

## ATTIVITA' MEDICHE

1) Indicare il numero totale di posti letto per ognuno degli ultimi 5 anni incluso l'anno corrente:

Anno	Numero posti letto
Anno prossimo (stima)	<input type="text"/>
Anno corrente	<input type="text"/>
Anno corrente: -1	<input type="text"/>
Anno corrente: -2	<input type="text"/>
Anno corrente: -3	<input type="text"/>
Anno corrente: -4	<input type="text"/>

2) Descrizione degli attuali posti letto:

TIPOLOGIA	NUMERO	% Giornaliera di occupanti
Day Hospital	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Posti Letto	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Cure Psichiatriche	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Riabilitazione	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Lunghe Degenze	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Ospizio	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Malattie Infantili - Culle	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Maternità	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Cure Intensive - Rianimazione	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<b>TOTALI</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

3) Numero totale dei pazienti ricoverati nel corso degli ultimi 12 mesi:

4) Numero totale prestazioni erogate negli ultimi 12 mesi:

5) % di pazienti nuovamente ricoverati entro 36 ore successive alla dimissione:  %

6) Quale % sia dei pazienti ricoverati che di quelli curati senza ricovero è di provenienza Statunitense o Canadese?

%

7) Identificare in Percentuale le procedure svolte tra le categorie di seguito elencate:

Pronto Soccorso	<input type="text"/>	%
Fecondazione Assistita	<input type="text"/>	%
Sperimentazione Clinica* ( <b>Addendum 1</b> )	<input type="text"/>	%
Malattie trasmissibili (infettive)	<input type="text"/>	%
Dipendenza da Alcol/Droghe	<input type="text"/>	%
Ortodonzia	<input type="text"/>	%
Chirurgia estetica	<input type="text"/>	%
Cambiamento Sesso	<input type="text"/>	%
Geriatria	<input type="text"/>	%
Maternità/Ostetricia* ( <b>Addendum 2</b> )	<input type="text"/>	%
Trapianto Organi	<input type="text"/>	%
Pediatria	<input type="text"/>	%
Psichiatria – malattie mentali	<input type="text"/>	%
Malattie tropicali	<input type="text"/>	%
Procedure chirurgiche* ( <b>Addendum 3</b> )	<input type="text"/>	%
<b>TOTALE</b>		<b>100%</b>

Dove indicato da \* compilare il relativo Addendum.

8) Indicare il numero delle sale operatorie:

## PERSONALE MEDICO

Indicare il numero totale di persone che prestano servizio nelle aree:

Reparto	Posti letto	Chirurghi – Medici dipendenti	Chirurghi – Medici convenzionati *	N° Chirurghi Medici Liberi Professionisti	N° Operazioni chirurgiche
Anatomia e istologia patologica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anestesia e Rianimazione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cardiologia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cardiochirurgia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgia generale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgia plastica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chirurgia vascolare	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dermatologia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diabetologia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gastroenterologia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ginecologia e Ostetricia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Immunoematologia e servizio trasfusionale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laboratorio Analisi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicina e Chirurgia (Pronto soccorso ammissione pazienti)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicina Generale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicina Legale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicina trasfusionale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Microbiologia e Virologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefrologia e Dialisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neonatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurochirurgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oculistica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oncologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pediatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichiatria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiodiagnostica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recupero e rieducazione funzionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* **Definizione di Medico Convenzionato:** E' considerato "convenzionato" il medico o il sanitario che, in base ad appositi accordi stipulati per iscritto con il Contraente, presta la sua opera – (a) in modo continuativo negli stabilimenti del Contraente e (b) per conto del Contraente stesso.

## BANCA DEL SANGUE

1) Possedete una Banca del Sangue che procura, analizza e distribuisce sangue o prodotti emoderivati?

Sì  No

2) Il 100% del sangue di cui disponete è fornito dal Servizio Sanitario Nazionale Trasfusionale o dalla Croce Rossa Nazionale?  Sì  No

Se No, fornire dettagli:

3) Testate tutti i prodotti derivati dal sangue per rivelare malattie infettive o trasmissibili in conformità alle vigenti direttive provenienti dal Servizio Trasfusionale Nazionale, dalla Croce Rossa Nazionale o da altro organismo di controllo prima del loro utilizzo?  Sì  No

## APPARECCHIATURE ELETTRICO-MEDICHE

1) I contratti per la fornitura delle vostre apparecchiature elettromediche richiedono espressamente dal fornitore il possesso di certificazioni IMQ/ISO o emesse da altro equivalente organo di controllo?  Sì  No

2) Vi sono procedure scritte che limitano l'utilizzo di apparecchiature complesse solo al personale autorizzato?

Sì  No

3) E' stato nominato un amministratore per sovrintendere l'uso delle apparecchiature?  Sì  No

4) I manuali o il manuale del fornitore sono disponibili per tutti gli utenti?  Sì  No

5) Con quale frequenza le apparecchiature vengono revisionate e sottoposte a manutenzione?

4 mesi  6 mesi  1 anno  2 anni  + di 2 anni

6) Questa manutenzione è svolta:

dal personale interno  dal fornitore  da terzi

7) Se è svolta da terzi, è richiesto il possesso di una polizza assicurativa?  Sì  No

8) Se vengono effettuate MRI scanner(s) sono operative delle procedure attraverso le quali si eviti che vengano introdotti elementi ferro-magnetici nell'area delle risonanze?  Sì  No



## CONSENSO INFORMATO

1) Esistono protocolli per ottenere un consenso informato per ogni tipo di operazione e/o terapia svolte in ognuna delle strutture assicurate – quali per esempio chirurgiche, trasfusioni, anestesia, esami invasivi, trattamenti non chirurgici ad alto rischio, rischi specifici come l'HIV?  Si  No

2) Sono ottenuti consensi separati e addizionali in caso di interventi complessi che richiedano ulteriori e distinte fasi di attività clinica?  Si  No

3) Il consenso informato è sempre ottenuto in forma scritta?  Si  No

4) Il modulo di consenso informato è sempre allegato alla cartella clinica del paziente?  Si  No

5) Vengono svolte revisioni periodiche al fine di assicurarsi che i moduli di consenso informato siano sempre aggiornati?  Si  No

Con quale frequenza e da chi?

6) La documentazione di consenso viene firmata sia dal paziente sia dal consulente?  Si  No

7) Le violazioni delle procedure di consenso informato sono sottoposte a procedimenti disciplinari?  Si  No

## DOCUMENTAZIONE MEDICA

1) Conservate e continuerete a conservare la documentazione medica dei pazienti mostrando accurata registrazione descrittiva di tutti i trattamenti, decisioni e delle attrezzature mediche utilizzate per almeno 10 anni a partire dalla data del trattamento, o, in caso di minore, 10 anni dalla data della maggiore età?  Si  No

2) Se la catalogazione della documentazione medica è elettronica viene mantenuta una copia di backup?  
 Si  No

3) La documentazione medica sopra menzionata sarebbe messa a disposizione degli assicuratori o dei rappresentanti da loro nominati, senza alcun costo, nel corso dell'indagine o della difesa di una richiesta di indennizzo?  Si  No

4) Esistono procedure formali per la compilazione della documentazione medica dei pazienti che includano alcuni dei seguenti dati?

(I) Aggiornamento giornaliero?  Si  No

(II) Firma della documentazione medica da parte di tutti i professionisti sanitari che direttamente assistono il paziente, incluso il medico che dirige il reparto?  Si  No

(III) Leggibilità del contenuto?  Si  No

(IV) Controlli periodici degli standard di qualità?  Si  No

## GESTIONE DEI RISCHI

### A) PERSONALE

1) C'è un addetto full time alla gestione dei rischi nella Vostra Clinica? In che anno è stato nominato?  Sì  No

2) Se no, vi è un dipendente o un team nominato per svolgere l'attività di gestione dei rischi in relazione alle altre attività?  Sì  No

Se Sì, specificare la loro posizione:

### B) REVISIONE CLINICA

1) Svolgete una revisione clinica in riferimento ad alcuna delle attività della Clinica che amministrarete?

Sì  No

Se Sì, precisare quali attività:

2) Con quale frequenza è svolta la revisione clinica?

3) Chi è responsabile di condurre le revisioni cliniche?

### C) RELAZIONI SUGLI EVENTI CRITICI

1) Gestite un sistema formale per relazionare sugli eventi critici?  Sì  No

2) Questo sistema è non-punitivo (con eccezioni della colpa grave o del dolo)?  Sì  No

3) Il sistema è obbligatorio?  Sì  No

4) C'è a disposizione dello staff una chiara e definitiva lista degli eventi su cui occorre svolgere una relazione?

Sì  No

5) Le raccomandazioni e le strategie correttive per ridurre futuri eventi negativi sono implementate e verificate dal (sul) personale?  Sì  No

### D. FARMACI E AMMINISTRAZIONE GENERALE

1) I farmaci sono somministrati e consegnati da farmacisti ai reparti piuttosto che da un magazzino da parte di non farmacisti?  Sì  No

2) Utilizzate un sistema di ordini computerizzato per ordinare farmaci?  Sì  No

3) Utilizzate tecnologia di lettura dei codici a barre per erogare medicinali?  Sì  No

4) Utilizzate un sistema computerizzato per la documentazione medica?  Sì  No

### **E. CREDENZIALI**

- 1) Esaminate tutti i candidati, specialmente chirurghi e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano una storia di droga e/o abuso di alcol?  Si  No
- 2) Esaminate tutti i candidati, specialmente chirurghi, ostetrici e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano (una storia inaccettabile) precedenti di richieste di risarcimento per negligenza?  Si  No
- 3) Verificate che le qualificazioni e l'esperienza del candidato siano veritiere?  Si  No
- 4) Quanto dura il periodo di prova per i medici prima di avere il permesso completo di lavorare nella Clinica?  
 Si  No
- 5) Verificate se le persone addette alla cura dei pazienti sono affette da forme di disabilità e/o da malattie trasmissibili (infettive), come Epatite, HIV, o altri impedimenti che possano pregiudicare lo svolgimento delle proprie attività?  
 Si  No
- 6) Conservate accurate documentazione e vi assicurate che tutti i professionisti siano in possesso di valide licenze/abilitazioni per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione?  Si  No
- 7) Quanti dei professionisti sopra elencati sono stati sottoposti a procedimenti penali disciplinari per la loro condotta in ambito professionale, inclusi casi di abuso di droghe e alcol? N°
- 8) Quanti dei professionisti o dei membri del personale sopra elencati sono stati sottoposti a procedimenti penali per reati quali incendio, truffa, danneggiamento volontario, furto o lesioni personali? N°

### **F. PROCEDURE DI RECLAMO**

- 1) La clinica da Voi amministrata dispone di una chiara e completa procedura scritta per la gestione dei reclami?  
 Si  No
- 2) La procedura di reclamo è resa nota sia allo staff sia ai pazienti?  Si  No
- 3) E' un requisito dei reclami verbali che essi vengano verbalizzati?  Si  No
- 4) La riservatezza del reclamante e dello staff coinvolto è protetta?  Si  No
- 5) I soggetti incaricati di investigare i reclami sono sufficientemente senior e distaccati dallo staff che potrebbe essere coinvolto?  Si  No
- 6) Lo staff viene addestrato circa la procedura di gestione dei reclami?  Si  No
- 7) I reclami identificati come validi sono usati per modificare le prassi di lavoro e migliorare il livello del servizio?  
 Si  No

### **G. MRSA**

1) Applicate coattivamente una procedura di lavaggio delle mani/disinfezione del personale prima e dopo il contatto con i pazienti?  Si  No

2) Le attrezzature di lavaggio e disinfezione sono disponibili presso i posti letto di tutti i pazienti?  Si  No

3) Svolgete esami per MRSA sui pazienti prima di ammetterli in corsia?  Si  No

4) Disponete di un' unità di isolamento per ospitare i pazienti di cui è accertato essere affetti da MRSA?  
 Si  No

### **H. ALTRO**

1) Avete dei protocolli per l'utilizzo di un team di pronto intervento per fare fronte a eventuali emergenze cliniche?  
 Si  No

2) Avete un protocollo di condivisione delle informazioni tra gli ospedali da voi amministrati o con le vicine autorità sanitarie locali?  Si  No

3) Utilizzate un sistema di relazione relativo al grado di soddisfazione dei pazienti?  Si  No

4) Avete una politica di continua formazione professionale, educazione e aggiornamento dello staff?  Si  No

5) Le vostre procedure di dimissione si integrano con i servizi sociali per fare fronte alle esigenze dei pazienti dopo le dimissioni?  Si  No

6) Analizzate i dati autoptici per verificare la rispondenza degli accertamenti patologici con la diagnosi clinica dei deceduti?  Si  No

7) Avete degli accordi in essere tra gli ospedali da Voi amministrati o con altri ospedali per la ridisposizione dei letti in caso di chiusura dei reparti di emergenza?  Si  No

## DETTAGLI ASSICURATIVI

Fornire i dettagli della vostra assicurazione negli ultimi 5 anni:

	ANNO				
	Attuale	-1	-2	-3	-4
Assicuratore					
Massimale (RCT)					
Massimale aggregato					
Franchigia aggregata					
Franchigia per sx					
Formula Claims made?					
Garanzia postuma					
Retro-attività					
Premio					

1) Quando scade la vostra polizza attuale?

2) Quali sono le vostre richieste per il rinnovo della copertura (se tramite un'offerta formale fornire un documento con i requisiti dell'offerta):

3) Vi è mai stata rifiutata o annullata una copertura per questo genere di rischi?  Sì  No

Se Sì, spiegare il perché:

4) Siete a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento o azioni volte all'accertamento di responsabilità civile, penale o deontologica del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere?  Sì  No

5) Sono state avanzate richieste di risarcimento o sono state promosse azioni volte ad accertare la responsabilità civile, penale o deontologica nei confronti del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere negli ultimi 5 anni?  Sì  No

Allegare un elenco completo e aggiornato degli eventi, fatti, atti e azioni, come definiti ai 2 punti precedenti, indicando:

1. Numero di riferimento o nome del reclamante
2. Data di avvenimento
3. Data della richiesta di risarcimento
4. Importo del danno
5. Tipo di richiesta di risarcimento: RCT/RCO
6. Stato: aperto/chiuso
7. % attribuibile alla clinica o ai medici/il personale impiegato
8. Specificare se i sinistri indicati vengono gestiti dalla compagnia di assicurazione, dal proponente o dal legale del proponente.

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Utilizzare lo spazio fornito qui sotto per elaborare o commentare le risposte date in questo modulo di proposta indicando il numero della domanda:

## DICHIARAZIONI

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Proponente/Assicurato e degli altri soggetti assicurati, dichiara:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto o per conto dell'Assicurato/Contraente costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196 e la nota informativa ai sensi dell'articolo 123 del Decreto Legislativo 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 02/06/1997.

Data  /  /

Nome e Cognome

Firma \_\_\_\_\_

## ADDENDUM 1 – Sperimentazione Clinica

Da compilare solamente se applicabile

1) Indicare il numero di sperimentazioni cliniche a cui partecipate annualmente:

2) Ricevete sempre l'intero compenso dai vostri committenti/proponenti?  Sì  No

3) Indicare le entrate annuali derivanti dalla sperimentazione clinica: €

---

Data:

---

Firma:

---

Nome:

---

Qualifica:



## ADDENDUM 2 – Ostetricia/Maternità

Da compilare solamente se applicabile

1) Indicare il numero totale di nascite all'anno:

dei quali:

I – Prematuri (meno di 30 settimane di gestazione):

II – Parti multipli:

III – Nati morti:

IV – Con handicap:

V – Con un tasso “Apgar” pari o inferiore a 6 a 5 minuti o minore:

VI – Tramite parto cesareo:

2) E' il vostro reparto o gli altri ospedali da voi amministrati un centro di riferimento specialistico?  Si  No

3) Avete una procedura che proibisca la VBAC (parto vaginale dopo taglio cesareo)?  Si  No

4) Se no, il vostro modulo di consenso informato avverte dei rischi che la VBAC comporta?  Si  No

5) Quanti neonati sono stati indirizzati a una unità SCBU (unità di terapia infantile) o NNICU (unità di terapia intensiva neonatale) internamente o esternamente?

6) Esiste un inventario delle apparecchiature di monitoraggio con un programma di sostituzione?  Si  No

7) Le vostre sale parto utilizzano il monitoraggio elettronico del feto?  Si  No

8) Le vostre sale parto possiedono attrezzature per il prelievo dei campioni di sangue del feto?  Si  No

9) Il personale è addestrato con continuità alla lettura dei tracciati cardiografici?  Si  No

10) Le levatrici senior hanno diretto accesso alla consulenza su chiamata?  Si  No

11) Vi sono dei forum sulla maternità in età avanzata per rivedere periodicamente gli aborti etc., al fine di migliorare il servizio?  Si  No

12) Un consulente ostetrico è disponibile nell'edificio 24 ore su 24?  Si  No

13) C'è un secondo consulente ostetrico disponibile su chiamata in grado di intervenire entro 30 minuti?

Si  No

14) C'è un pediatra neonatale disponibile nella struttura 24 ore al giorno?  Si  No

15) C'è un'anestesista a disposizione solo del reparto di ostetricia 24 ore al giorno?  Si  No

16) Possono essere eseguiti tagli cesarei di emergenza entro 30 minuti 24 ore al giorno?  Si  No

---

Data:

---

Firma:

---

Nome:

---

Qualifica:

## ADDENDUM 3 – Chirurgia

Da compilare solamente se applicabile

- 1) Indicare se le procedure chirurgiche sono: minori (senza anestesia) o maggiori (con anestesia):
- 2) Per la chirurgia volontaria di pazienti è richiesto di seguire un corso pre-verifica clinica 2-4 settimane prima dell'ammissione?  Si  No
- 3) Per la chirurgia di emergenza avete una procedura che preveda che ai pazienti venga fatta riprendere conoscenza prima dell'intervento?  Si  No
- 4) In media quante ore al giorno i chirurghi di livello "senior" sono disponibili nella Clinica?  ore
- 5) Il chirurgo "senior" è colui a cui spetta la decisione finale se l'operazione chirurgica sia necessario o no?  
 Si  No
- 6) Esistono delle direttive per tutte le procedure chirurgiche?  Si  No  
In caso contrario, indicare per quali procedure chirurgiche non esistono direttive cliniche:
- 7) Quante sale operatorie avete?
- 8) Avete uno specifico soggetto nelle sale operatorie incaricato di stabilire la priorità dei casi?  Si  No
- 9) Gli ospedali da voi gestiti fanno uso di stanze post-operatorie o unità di terapia intensive per la cura e supervisione dei pazienti post-operatori?  Si  No

---

Data:

---

Firma:

---

Nome:

---

Qualifica:

# INFORMATIVA

## AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N. 196

Il decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali (in seguito denominato "Legge"), prevede in capo a DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 – 98123 Messina, in qualità di titolare del trattamento, l'obbligo di fornire ai propri clienti la presente informativa relativamente al trattamento dei loro dati personali (di seguito, i "Dati").

### **1. Finalità del trattamento dei Dati**

I suoi dati, da lei forniti per la stipula di polizze assicurative o per altri servizi connessi, saranno oggetto di trattamento da parte di DR Broker SpA:

- a) per la raccolta di informazioni pre-contrattuali, inclusa la valutazione economico finanziaria al fine della conclusione del contratto di assicurazione, nonché per la gestione ed esecuzione del contratto stesso, per la eventuale gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa da parte di DR Broker SpA per conto di Compagnie di assicurazioni autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, per l'adempimento di ogni obbligo di legge relativo ai contratti di ai sopra ed all'esercizio dell'attività assicurativa, gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale, prevenzioni di frodi, consulenza;
- b) per finalità di informazione e promozione commerciale di nuovi prodotti assicurativi nonché di prodotti e offerte anche di terzi, anche a mezzo fax e posta elettronica, sms o mms.

### **2. Modalità del trattamento dei Dati**

Il trattamento effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è svolto direttamente dalla DR Broker SpA per conto della Compagnia di assicurazione a cui verrà trasferita la titolarità del trattamento, e da soggetti esterni a tale organizzazione, sia facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, sia da società di servizi, che sono state da noi nominate responsabili del trattamento.

### **3. Conferimento dei Dati**

Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1a) è obbligatorio ai fini della conclusione di nuovi rapporti o della gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o della gestione e liquidazione dei sinistri. L'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i dati comporterebbe l'impossibilità da parte di DR Broker SpA di perfezionare i relativi contratti di assicurazione o di consulenza e di gestire e liquidare i sinistri. Il conferimento dei Dati per le finalità di cui al punto 1b) è invece facoltativo, e l'eventuale rifiuto da parte sua di conferire i Dati comporterebbe solo l'impossibilità da parte nostra di inviareLe informazioni e promozioni commerciali di nuove offerte o di nuovi prodotti assicurativi.

### **4. Dati sensibili**

DR Broker SpA potrebbe avere la necessità, per prodotti assicurativi sanitari o in caso di sinistri, di predisporre informazioni relative a visite mediche, o comunque gestire i suoi Dati sanitari, per lo svolgimento e l'ottenimento di analisi, cartelle cliniche, pareri e così via. Tali Dati potranno essere eventualmente comunicati alla controparte assicurativa, e saranno comunicati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, per le sole finalità di cui al punto 1 a).

## **5. Comunicazione e Diffusione dei Dati**

I Suoi Dati, inclusi quelli sensibili, possono essere comunicati per l'adempimento di tutti gli obblighi di legge e di contratto: agli altri soggetti del settore assicurativo quali assicuratori (ivi comprese le compagnie o le società cui sia affidata la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, quelli esercenti il ramo assistenza e tutela giudiziaria), coassicuratori (eventualmente indicati nel contratto) e riassicuratori; legali, periti e consulenti di DR Broker SpA e delle compagnie assicurative, nonché a Istituti Bancari e di credito ai fini della corretta esecuzione del pagamento dei premi assicurativi legati alla stipulazione della polizza; ad Organi di Vigilanza e Controllo, quali l'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), nonché ad altri enti od organismi titolari di banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (quali ad esempio l'Ufficio Italiano Cambi, il Casellario Centrale Infortuni, il Ministero dei Trasporti, la Motorizzazione Civile); ad organismi associativi propri del settore assicurativo quali l'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), CID (Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto) e l'UCI (Ufficio Centrale Italiano). I Suoi Dati potranno inoltre essere con il suo consenso comunicati a terzi per finalità di invio di materiale pubblicitario da parte di tali terzi.

## **6. Diffusione e Trasferimento dei dati all'estero**

I dati potranno essere, eventualmente, diffusi ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche. Nei limiti strettamente necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale con Lei/Voi in corso, i Suoi/Vostri dati personali potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali i fornitori) situati all'estero, dentro o fuori l'Unione Europea.

## **7. Diritti dell'interessato**

Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art 7 tra cui, a titolo esemplificativo, il diritto di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei Dati che la riguardano, il loro aggiornamento, rettificazione ed integrazione. Lei potrà opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Dati che la riguardano e ricorrendone gli estremi, potrà richiedere la cancellazione, trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge. I suddetti diritti potranno essere esercitati, anche per il tramite di un incaricato, mediante richiesta rivolta al Responsabile nominato (Pizzo Febbroia) con lettera raccomandata.

## **8. Titolare del Trattamento**

Titolare del trattamento è DR Broker SpA, con sede legale in Via delle Cave di Pietralata, 14 - 00157 Roma, sede operativa in Via Ugo Bassi, 204 - 98123 Messina. Il Responsabile per il riscontro all'interessato in corso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del d.lgs. 196/2003 è l' Amministratore. L'elenco costantemente aggiornato dei responsabili del trattamento eventualmente designati da DR Broker SpA è disponibile presso la sede del titolare.

\*\*\*\*\*

Vi informiamo che il “trattamento” dei “dati personali” e “sensibili” riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell’espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell’attività di mediazione assicurativa di cui al D.lgs 209/2005. Detto “trattamento” potrà da noi essere effettuato con l’ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i “dati personali” non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a “trasferimento”, Vi precisiamo che il “titolare” del “trattamento” è DR Broker SpA con l’ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente questionario è da intendersi quale “assenso” scritto al “trattamento” dei suddetti dati.

Data  /  /

Firma del Proponente \_\_\_\_\_