

# MODULO DI PROPOSTA

Assicurazione della Responsabilità Civile RCT/ RCO

## Clinics Medical Malpractice

### Avviso Importante Important Warning

01. La presente proposta deve essere compilata a penna da un rappresentante del proponente. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere in maniera esaustiva e veritiera. Il modulo deve essere sottoscritto e datato.

*This proposal form should be completed in ink by a person duly authorised by the Proposer. All questions must be answered in order for a quotation to be given and proposers are asked to reply to the best of their knowledge. The proposal form must be signed and dated.*

02. Tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo potrà rendere inefficace la copertura assicurativa, o pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro.

*All material facts must be declared. Failure to do so may give cause for avoidance of the Insurance Policy or prejudice your rights in the event of a claim.*

### 01. Dati generali riguardanti il Proponente

*General Information on the Proposer*

- a. Nome completo della Ragione Sociale:

*Full name of Clinic:*

- b. Sede Legale:

*Registered Address:*

- c. Sito Internet:

*Website address:*

- d. Data di Costituzione:

*Date established:*

- e. Vi siete fusi con o scissi da alcuna struttura sanitaria negli ultimi 5 anni? *Have you been merged / de-merged from an existing health centre/entity in the last 5 years?*

si no

*Se sì, precisare / If yes, please specify:*

- f. Fonti di reddito: *Source of Income:*

<b>Pubblico/S.S</b> .N%: <i>/Public/NHS</i> %		<b>Pazienti</b> <b>Paganti/%</b> <i>/Private</i> <b>payng</b> <b>Patients %</b>		<b>Donazioni</b> %/ <b>Donations</b> %		<b>Liberi</b> <b>Professionist</b> <b>i che</b> <b>fatturano al</b> <b>Proponente</b> %/ <b>Fre-Lance</b> <b>Doctors who</b> <b>invoice the</b> <b>centre %</b>		<b>Altro (si</b> <b>prega di</b> <b>precisare)%</b> <b>/ Other (if</b> <b>so-Please</b> <b>Specify)</b>	
--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

- g. Importo delle retribuzioni (libro paga) e fatturato degli ultimi **5 anni** e presumibile importo del libro paga e fatturato dell'anno prossimo? / *Last 5 years' waggeroll and Turnover & prospective years' estimated waggeroll and Turnover?*

Anno/ Year	Retribuzioni (in euro) / <i>Waggeroll (in Euro's)</i>	Fatturato (in euro) / <i>Turnover (in Euro's)</i>
Anno prossimo (stima) / <i>Coming Year</i>		
Anno corrente / <i>Current Year</i>		
Anno corrente: - 1 2009		
Anno corrente: - 2 2008		
Anno corrente: - 3 2007		
Anno corrente: - 4 2006		

- h. È vostra intenzione realizzare nuovi piani di sviluppo / crescita nei prossimi 3 anni?  
*Are you intending to implement any new developments or growth in the next three years?* sì      no

Se si descrivere/ *If so please describe:*

## 02. Attività Mediche / Medical Activities

- a. Indicare il numero totale di posti letto per ognuno degli ultimi 5 anni incluso l'anno corrente: *Please provide total number of beds for the last 5 years including the current year:*

Anno/ Year	Nr posti letto/ <i>Number of Beds</i>
Anno prossimo (stima)	
Anno corrente/ <i>Current Year</i>	
Anno corrente: - 1 2009	
Anno corrente: - 2 2008	
Anno corrente: - 3 2007	
Anno corrente: - 4 2006	

- b. Descrizione degli attuali posti letto: *Breakdown of current Beds:*

Tipologia	Numero	% giornaliera di occupanti
Day Hospital/ <i>Day Clinic Beds</i>		%
Posti Letto/ <i>General Beds</i>		%
Cure Psichiatriche/ <i>Psychiatric Beds</i>		%
Rehabilitazione/ <i>Rehabilitation Beds</i>		%
Lunghe Degenze/ <i>Long Stay - Acute Care Beds</i>		%
Ospizio/ <i>Hospice Beds</i>		%
Malattie Infantile – Culle/ <i>Bassinets - Cribs - Cots - OR</i>		%
Maternita' / <i>Maternity Beds</i>		%
Cure Intensive – Rianimazione/ <i>ICU - ITU</i>		%
<b>TOTALI</b>		%

- c. Numero totale dei paziente ricoverati nel corso degli ultimi 12 mesi:  
*Total number of in-patients treated during the last 12 months:* **nr.**
- d. Numero totale prestazione erogate negli ultimi 12 mesi:  
*Total number of out-patients treated during the last 12 months:* **nr.**
- e. % di pazienti nuovamente ricoverati entro 36 ore successive alla dimissione:  
*% of patients readmitted within 36 hours following discharge:* **%**
- f. Quale % sia dei paziente ricoverati che di quelli curati senza ricovero è di provenienza Statunitense o Canadese?  
*Of both in and out-patients what percentage were admitted from the USA or Canada?* **%**
- g. Identificare in Percentuale le procedure svolte tra le categorie di seguito elencate:  
*Please state in %, the procedures carried out in the following categories:*

Pronto Soccorso/ Accident & Emergency	
Fecondazione Assistita/ IVF Treatments	
Sperimentazione Clinica * (Addendum 1)/ Clinical Trials	
Malattie trasmissibili (infettive)/ Communicable Diseases	
Dipendenza da Alcol/Droghe/ Addictions	
Ortodonzia / Dental	
Chirurgia Estetica/ Elective cosmetic	
Cambiamento Sesso/Gender Reassignment	
Geriatria / Geriatric	
Maternita'/Ostetricia * (Addendum 2)/ Maternity-Obstetrics	
Trapianto Organi/ Organ transplants	
Pediatria / Paediatric	
Psichiatria – malattie mentali / Psychiatric – Mental Health	
Malattie tropicali./ Tropical diseases	
Procedure chirurgiche * (Addendum 3)/ Surgical Procedures	
<b>Tot.</b>	<b>100%</b>

Dove indicato da \* compilare il relativo Addendum/ Where an \* is indicated please complete the relevant addendum

- Indicare il numero delle sale operatorie/ Please state the number of Operating Theatres:

**03. Personale Medico / Medical Personnel**

Indicare il numero totale di persone che prestano servizio nelle aree: *Please provide the total number of persons involved in the following areas:*

Reparto / Ward	Posti letto/ Number of Beds	Chirurghi - Medici dipendenti / Number of Employed Surgeons - Doctors	Chirurghi - Medici convenzionati*/ Number of Contracted Surgeons - Doctors	Nr. Chirurghi - Medici Liberi Professionisti/ Number of Freelance/ Self- Employed Surgeons - Doctors	Nr. Operazioni chirurgiche/ Number of Surgical Operations carried out
Anatomia e istologia patologica					
Anestesia e Rianimazione					
Cardiologia					
Cardiochirurgia					
Chirurgia Generale					
Chirurgia Plastica					
Chirurgia Vascolare					
Dermatologia					
Diabetologia					
Gastroenterologia					

Ginecologia e Ostetricia					
Immunoematologia e servizio trasfusionale					
Laboratorio Analisi					
Medicina e Chirurgia (Pronto soccorso ammissione pazienti)					
Medicina Generale					
Medicina Legale					
Medicina Trasfusionale					
Microbiologia e Virologia					
Nefrologia e Dialisi					
Neonatologia					
Neurochirurgia					
Neurologia					
Neuropsichiatria Infantile					
Oculistica					
Oncologia					
Ortopedia e Traumatologia					
Otorinolaringoiatria					
Pediatria					
Psichiatria					
Radiodiagnostica					
Recupero e rieducazione funzionale					
Urologia					
<b>TOTALE</b>					

**Definizione di Medico Convenzionato/ Definition of Medic Convenzionato (Under Contract):**

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

**04. Banca del Sangue / Blood Bank**

- a. Possedete una Banca del Sangue che procura, analizza e distribuisce sangue o prodotti emoderivati? *Do you have a Blood Bank that procures, tests and distributes blood or blood products?*
- si                      no
- b. Il 100% del sangue di cui disponete è fornito dal Servizio Nazionale Tranfusionale o dalla Croce Rossa Nazionale? *Is 100% of your blood obtained from your country's National Blood Transfusion Service or the National Red Cross?*
- si

Se no, fornire dettagli: *If no please provide full details:*

- c. 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? *Do you test all blood products for transmittable or infectious diseases according to the current guidelines from your country's National Blood Transfusion Service, National Red Cross or other regulatory body prior to use?*
- si                      no

**05. Apparecchiature Elettro-Mediche / Electro-Medical Equipment**

- a. 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? *Do contracts for the supply of your electro-medical equipment expressly require IMQ / ISO or other equivalent body quality guarantees from the supplier?* **sì** **no**
- b. Vi sono procedure scritte che limitano l'uso di apparecchiature complesse solo al personale autorizzato? *Do written procedures exist which limit the use of complex equipment to authorised personnel only?* **sì** **no**
- c. È stato nominato un amministratore per sovrintendere l'uso delle apparecchiature? *Has a manager been appointed to govern the use of the equipment?* **sì** **no**
- d. I manuali o il manuale del fornitore sono disponibili per tutti gli utenti? *Are manuals or supplier manuals available to all users?* **sì** **no**
- e. Con quale frequenza le apparecchiature vengono revisionate e sottoposte a manutenzione? *How often is equipment serviced and maintained? Ogni Every (indicare con una X):*
- 4 mesi 4 months     6 mesi 6 months     1 anno 1 year     2 anni 2 years     +di 2 anni + 2 years
- f. Questa manutenzione è svolta: dal personale interno / dal fornitore / da terzi? *Is this maintenance carried out by: Internal Personnel / Supplier / Third Parties?*
- g. Se è svolto da terzi è richiesto il possesso di una polizza assicurativa? *If carried out by Third Parties is an insurance policy requested?* **sì** **no**
- h. 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/ *If you have MRI scanner(s) do you have guidelines or procedures in place to ensure that ferro-magnetic items are not taken into the scanning room or contained in or about a patient's person?* **sì** **no**

**06. Consenso informato / Informed consent**

- a. Esistono protocolli per ottenere un consenso informato per ogni tipo di operazione e/o terapia svolte in ognuna delle strutture assicurate – quali per esempio operazioni chirurgiche, trasfusioni, anestesia, esami invasive, trattamenti non chirurgici ad alto rischio, rischi specifici come l'HIV? *Do protocols exist to obtain an informed consent for each type of operation and/or therapy carried out in all insured locations – e.g. surgical operations, transfusions, anaesthesia, invasive tests, high risk non-surgical treatments, specific risks such as HIV?* **sì** **no**
- b. Sono ottenuti consensi separati e addizionali in caso di interventi complessi che richiedano ulteriori e distinte fasi di attività clinica? *Are separate and additional informed consents obtained in the case of complex interventions which require further and distinct phases of clinical activity?* **sì** **no**
- c. Il consenso informato è sempre ottenuto in forma scritta? *Is informed consent always obtained in a written format?* **sì** **no**
- d. Il modulo di consenso informato è sempre allegato alla cartella clinica del paziente? *Is the informed consent form always attached to the patient's medical record?* **sì** **no**
- e. Vengono svolte revisioni periodiche al fine di assicurarsi che i moduli di consenso informato siano sempre aggiornati? *Are periodic reviews carried out to ensure the informed consent forms are up to date?* **sì** **no**
- Con quale frequenza e da chi? *How often and by whom?*
- f. La documentazione di consenso viene firmata sia dal paziente sia dal consulente? *Are informed consent forms countersigned by both the patient and consultant?* **sì** **no**
- g. Le violazioni delle procedure di consenso informato sono sottoposte a procedimenti disciplinari? *Is non-compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?* **sì** **no**

**07. Documentazione Medica / Medical Records**

- a. Conservate e continuerete a conservare la documentazione medica dei pazienti mostrante accurate 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? *Do you retain and will you continue to retain patient medical records displaying accurate descriptive records of all treatments, decisions and medical equipment used for at least 10 years from the date of treatment, or in the case of a minor, 10 years from the date of majority?* sì no
- b. Se la catalogazione della documentazione medica è elettronica viene mantenuta una copia back-up? *If storage of medical records is electronic is an off-site back up copy maintained?* sì no
- c. 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? *Would all medical records referred to above be made available to Underwriters or their appointed representatives, without charge, in the investigation or defence of any claim?* sì no
- d. Esistono procedure formali per la compilazione della documentazione medica dei pazienti che includano alcuni dei seguenti dati? *Do formal procedures exist for the compilation of patient medical records which include any of the following:*
- (i) Aggiornamento giornaliero? *Daily update?* sì 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? *Signing of medical records by all those healthcare professional who directly assist the patient including the doctor in charge of the ward?* sì no
- (iii) Leggibilità del contenuto? *Legibility of content?* sì no
- (iv) Controlli periodici degli standard di qualità? *Periodic checks on quality standards?* sì no

**08. GESTIONE DEI RISCHI / Risk Management**

**A. Personale / Personnel**

- (i). C'è un addetto full time alla gestione dei rischi nel Vostro Clinica? In che anno è stato nominato? *Is a dedicated full time Risk Manager employed in your Clinic(s)? What year was s/he appointed?* sì no
- (ii). Se no, vi è un dipendente o un team nominato per svolgere attività di gestione dei rischi in relazione alle altre attività? *If no, is an employee or team appointed to carry out risk management activities in conjunction with their other activities* sì no

Se sì, specificare la loro posizione: *If yes please state their positions:*

**B. Revisione Clinica / Clinical Audit**

- (i). Svolgete una revisione clinica in riferimento ad alcuna delle attività della Clinica che amministrare? *Do you conduct clinical audits in respect of any of the activities of the Clinic(s) you manage?* sì no

Se sì, precisare quali attività: *If yes please state which activities.*

- (ii). Con quale frequenza è svolta la revisione clinica? *How often are clinical audits conducted?*

- (iii). Con quale frequenza sono svolte le revisioni cliniche? *Do you follow up / re-audit to ensure that audit recommendations have been effectively implemented?*

- (iv). Chi è responsabile per condurre le revisioni cliniche? *Who is responsible for conducting the clinical audit(s)?*

### C. Relazioni Sugli Eventi Critici / Critical Incident Reporting

- |        |  |    |    |
|--------|--|----|----|
| (i).   | Gestite un sistema formale per relazionare sugli eventi critici? <i>Do you operate a formal system for reporting critical incidents?</i>   | si | no |
| (ii).  | Questo sistema è non-punitivo (con le eccezioni della colpa grave o del dolo)? <i>Is this system non-punitive (with the exception of gross misconduct or criminal behaviour)?</i>  | si | no |
| (iii). | Il sistema è obbligatorio? <i>Is the system mandatory?</i>   | si | no |
| (iv).  | C'è a disposizione dello staff una chiara e definitiva lista degli eventi su cui occorre svolgere una relazione? <i>Is a clear definitive list of reportable incidents provided to staff?</i>  | si | no |
| (v).   | Le raccomandazioni e le strategie correttive per ridurre futuri eventi negativi sono implementate e verificate dal (sul) personale? <i>Are recommendations and corrective strategies for reducing future adverse events implemented and fed back to staff?</i> | si | no |

### D. Farmaci e Amministrazione Generale / Drug and General Administration

- |        |   |    |    |
|--------|---|----|----|
| (i).   | I farmaci sono somministrati e consegnati da farmacisti ai reparti piuttosto che da un magazzino da parte di non-farmacisti? <i>Are drugs dispensed and delivered by pharmacists to wards rather than from a ward stock by non-pharmacists?</i> | si | no |
| (ii).  | Utilizzate un sistema di ordini computerizzato per ordinare farmaci? <i>Do you operate computerised physician order entry (CPOE) system for the ordering of drugs?</i>  | si | no |
| (iii). | Utilizzate tecnologia di lettura dei condici a barre per erogare medicinali? <i>Do you operate bar code technology for the dispensation of medication?</i>  | si | no |
| (iv).  | Utilizzate un sistema computerizzato per la documentazione medica? <i>Do you operate a computerised system for medical records?</i>   | si | no |

### E. Credenziali / Credentialing

- |        |  |    |     |
|--------|--|----|-----|
| (i).   | Esamate tutti i candidati, specialmente chirurghi e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano una storia di droga e/o abuso di alcol? <i>Do you screen all applicants, especially surgeons and anaesthetists, to ensure that they do not have a history of drug and/or alcohol abuse?</i>   | si | no  |
| (ii).  | Esamate tutti i candidati, specialmente chirurghi, ostetrici e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano (una storia inaccettabile) precedenti di richieste di risarcimento per negligenza? <i>Do you screen all applicants, especially surgeons, obstetricians and anaesthetists, to ensure that they do not have an unacceptable history of claims for negligence?</i>  | si | no  |
| (iii). | Verificate che le qualificazioni e l'esperienza del candidato siano veritiere? <i>Do you verify that applicants' qualifications and experience are genuine?</i>  | si | no  |
| (iv).  | Quanto dura il periodo di prova per i medici prima di avere permesso completo di lavorare nella Clinica? <i>How long is the probationary period for doctors prior to granting of Clinic privileges?</i>  | si | no  |
| (v).   | 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? <i>Does the Proposer have in place a system of control in order to verify if any person involved in the treatment or care of any patient suffers from any disability and/or transmittable diseases, i.e. Hepatitis, HIV, or any other disease which may affect their performance or professional duties or put a patient's health at risk?</i> | si | no  |
| (vi).  | Conservate accurate documentazione e vi assicurate che tutti i professionisti siano in possesso di valide licenze / abilitazioni per esercitare nelle rispettive aree di specializzazione? <i>Do you maintain accurate records of and ensure that all professional practitioners hold valid licences to practise in their respective areas of specialisation?</i>  | si | no  |
| (vii). | 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? <i>How many of the above listed professional practitioners have been subject to disciplinary proceedings for misconduct in professional matters, including drugs and alcohol abuse?</i>   |    | nr. |

- (viii). 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? *How many of the above professional practitioners or staff members have been charged with criminal matters such as arson, fraud, malicious damage, theft or injury to the person?*

**F. Procedure di Reclamo / Complaints Procedure**

- (i). La Clinica da Voi amministrata dispone di una chiara e completa procedura scritta per la gestione dei reclami? *Do the Clinic(s) under your management have a clear and comprehensive written policy for the handling of complaints?* **sì** **no**
- (ii). La procedura di reclamo è resa nota sia allo staff sia ai pazienti? *Is the complaints procedure publicised to both staff and patients?* **sì** **no**
- (iii). È un requisito dei reclami verbali che essi vengano verbalizzati? *Is it a requirement for verbal complaints to be recorded?* **sì** **no**
- (iv). La riservatezza del reclamante e dello staff coinvolto è protetta? *Is the confidentiality of complainant and the staff involved protected?* **sì** **no**
- (v). I soggetti incaricati di investigare i reclami sono sufficientemente senior e distaccati dallo staff che potrebbe essere coinvolto? *Are those responsible for investigating complaints sufficiently senior and separate to staff that may be involved?* **sì** **no**
- (vi). Lo staff viene addestrato circa la procedura di gestione dei reclami? *Do staff receive training in the handling of complaints?* **sì** **no**
- (vii). I reclami identificati come validi sono usati per modificare le prassi di lavoro e migliorare il livello del servizio? *Are valid complaints used to change working practices and improve the level of service?* **sì** **no**

**G. MRSA**

- (i). Applicate coattivamente una procedura di lavaggio delle mani / disinfezione del personale prima e dopo il contatto con i pazienti? *Do you enforce a policy of hand washing / cleansing for staff before and after contact with patients?* **sì** **no**
- (ii). Le attrezzature di lavaggio e disinfezione sono disponibili presso i posti letto di tutti i pazienti? *Are washing / cleansing facilities available at all patient's bedsides?* **sì** **no**
- (iii). Svolgete esami per MRSA sui pazienti prima di ammetterli in corsia? *Do you screen patients for MRSA before admittance to wards?* **sì** **no**
- (iv). Disponete di un'unità di isolamento per ospitare i pazienti di cui è accertato essere affetti da MRSA? *Do you have isolation units for housing patients known to have MRSA?* **sì** **no**

**H. Altro / Other**

- (i). Avete dei protocolli per l'utilizzo di un team di pronto intervento per fare fronte a eventuali emergenze cliniche? *Do you have in place arrangements for the deployment of "rapid response teams" in the event of a clinical emergency?* **sì** **no**
- (ii). Avete un protocollo di condivisione delle informazioni tra gli ospedali da voi amministrati o con le vicine autorità sanitarie locali? *Do you have an information sharing arrangement amongst the Clinics under your management or with neighbouring health authorities?* **sì** **no**
- (iii). Utilizzate un sistema di relazione relativo al grado di soddisfazione dei pazienti? *Do you operate a system of patient feedback / satisfaction reporting?* **sì** **no**
- (iv). Avete una politica di continua formazione professionale, educazione e aggiornamento dello staff? *Do you have a policy of continuing professional development, education and/or training for staff?* **sì** **no**

- (v). Le vostre procedure di dimissione si integrano con i servizi sociali per fare fronte alle esigenze dei pazienti dopo le dimissioni? *Do your discharge procedures integrate community carers (e.g. GP's, community nurses) for patients' post discharge needs?* sì      no
- (vi). Analizzate i dati autoptici per verificare la rispondenza degli accertamenti patologici con la diagnosi clinica dei deceduti? *Do you analyse autopsy data to verify consistency of pathological findings with clinical diagnosis of the deceased?* sì      no
- (vii). Avete degli accordi in essere tra gli ospedali da Voi amministrati o con altri ospedali per la redistribuzione dei letti in caso di chiusura dei reparti emergenza? *Do you have agreements in place between the Clinics under your management or with other Clinics for the redeployment of beds in the event of emergency ward closure?* sì      no

**9. Dettagli Assicurativi / Insurance Details**

Fornire i dettagli della vostra assicurazione negli ultimi 5 anni: *Please provide details of your insurance for the last 5 years:*

	anno				
	attuale	- 1 2009	- 2 2008	- 3 2007	- 4 2006
Assicuratore					
Massimale (RCT)					
Massimale aggregato					
Franchigia aggregata					
Franchigia per sx					
Formula Claims made?					
Garanzia Postuma					
Retro-attività					
Premio					

Quando scade la vostra polizza attuale?  
*When does your current policy expire?*

Quali sono le vostre richieste per il rinnovo della copertura (se tramite un'offerta formale fornire un documento con i requisiti dell'offerta): *What are your coverage requirements for renewal (if via a tender please provide tender requirements document):*

Vi è mai stata rifiutata o annullata una copertura per questo genere di rischi? *Have you ever had cover refused or cancelled for these types of risks?* sì      no  
Se sì, spiegare perchè? *If yes please explain why?*

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?  
*Are you aware of any acts which could give grounds for any future claim that would fall within the scope of an Insurance of this type?* sì      no

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? *Have any claims or any disciplinary or legal proceedings been filed against the Proposer in the last 5 years?* sì      no

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

*Attach a complete and up-to-date list of any events, circumstances, acts or proceedings, as defined in the previous 2 questions, indicating:*

- 1 Numero di riferimento o nome del reclamante - *Reference number or name of claimant*
- 2 Data di avvenimento - *Date of occurrence*
- 3 Data della richiesta di risarcimento - *Date Claim Made*
- 4 Importo del danno - *Incurred amount*
- 5 Tipo di richiesta di risarcimento: RCT / RCO - *Type of Claim: PL / GL / EL*
- 6 Stato: aperto / chiuso - *Status: Open / Closed*
- 7 % attribuibile alla clinica o ai medici/ il personale impiegato - *% attributable against the Clinic or Medics or employed staff*
- 8 Specificare se i sinistri indicati vengono gestiti dalla compagnia di assicurazione, dal proponente o dal legale del proponente - *Specify whether the circumstances indicated are handled by the Insurers, the proposer or a legal representative of the proposer*

#### **10. Informazioni Aggiuntive / Additional Information**

Utilizzare lo spazio fornito qui sotto (*eventualmente produrre un allegato*) per elaborare o commentare le risposte che avete dato in questo modulo di proposta indicando il numero della domanda.

*Please use the space provided to elaborate or comment upon any of the answers you have given in this proposal form noting the relevant question number.*

#### **Dichiarazione**

*Declaration*

**Il sottoscritto, come persona autorizzata dal proponente, come dichiarato nel punto 1 del presente Modulo di Proposta dichiara quanto segue.** *The undersigned, as a person authorised to do so by the proposer, as indicated in point 1 of the Proposal Form, declares that:*

01. **di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto del Proponente di cui al punto 01. della presente proposta** *He/she is duly authorised to complete this Proposal Form on behalf of the Proposer as specified in point 01;*
02. **che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette sulla base delle proprie conoscenze e convinzioni** *AFTER HAVING MADE CAREFUL ENQUIRIES, the answers contained in this Proposal Form and the attached Claims Declaration Form are, to the best of his/her knowledge, accurate and truthful*
03. **di aver letto e pienamente compreso il significato e le implicazioni delle informazioni riportate nella sezione "Avviso Importante"- prima pagina di questo Modulo di Proposta - e che quindi accetta senza riserve che la base di un'eventuale contratto assicurativo stipulato con gli Sottoscrittori sarà nella forma "claims made".** *He/she has read and fully understood the meaning and implications of the information contained in the "Important Warning" section at the beginning of the Proposal Form and furthermore unreservedly agrees that the basis of any contract insurance that may conclude with Underwriters will be "claims made".*
04. **che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, accetta che la Proposta medesima venga presa come base per la stipula del contratto. In tale cosa la proposta-questionario sarà allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.** *Should the parties agree to the drawing up of the insurance contract the Proposer agrees that this Proposal Form will form the basis of the contract and will form a part of the Policy itself*
05. **che, in ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, accetta l'obbligo di notificare immediatamente le variazioni medesime nonche il diritto degli assicuratori di ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.** *If, between the date of the Proposal and the date of issuance of the Policy, any circumstances alter the information contained in the Proposal Form, the Proposer agrees notify the same immediately to Insurers who shall have the right to withdraw or modify their quotation or confirmation of cover.*

.....  
**Data/ Date:**  
.....

**Firma/ Signature:**  
.....

**Nome** (in maiuscolo)/  
*Name (in block capitals):*  
.....

**Qualifica/ Position:**  
.....

- \* È importante che il Proponente ed il Rappresentante dello stesso che ha provveduto –debitamente autorizzato- a compilare la presente Dichiarazione siano pienamente consapevoli della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande - *It is vital that both the Proposer and any person authorised on their behalf to complete this declaration, are aware of the scope of this insurance in order to properly answer these questions*

### **POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE**

**La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre:**

Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che gli Assicuratori siano informati, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi.

Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

*THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE – CLAIMS MADE BASIS*

*This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance.*

*The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.*

Espressa accettazione ai sensi degli Art. 1341 e Art. 1469 Bis e seguenti del Codice Civile

Firma / Signature:

Data / Date:

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP.

Nome e Cognome leggibili: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Addendum 1 - Sperimentazione Clinica / Clinical Trials**

Da compilare solamente se applicabile / Complete Only if Applicable

- .....
- a. Indicare il numero di sperimentazioni cliniche a cui partecipate annualmente: *Please state the number of clinical trials you participate in per annum:* **nr.**
- .....
- b. Ricevete sempre l'intero compenso dai vostri committenti / preponenti?  
*Do you always receive full indemnity from your principals?* **sì no**
- .....
- c. Indicare le entrate annuali derivanti dalla sperimentazioni clinica:  
*Please state the annual income derived from clinical trials:* **euro**
- .....

.....

**Data/ Date:**

.....

**Firma/ Signature:**

.....

**Nome (in maiuscolo)/**  
*Name (in block capitals):*

.....

**Qualifica/ Position:**

.....

**Addendum 2 - Ostetricia / Maternita' - Obstetrics / Maternity**

Da compilare solamente se applicabile - *Complete only if Applicable*

a.

Indicare il numero totale di nascite all'anno:

*Please state the total number of deliveries per annum:*

nr.

dei quali - *of which*

(i)	Prematuri (meno di 30 settimane di gestazione): <i>Prematurely (less than 30 weeks gestation):</i>	
(ii)	Parti multipli: <i>Multiple Birth:</i>	
(iii)	Nati Morti: <i>Still Born:</i>	
(iv)	Con handicap: <i>With disabilities:</i>	
(iv)	Con un tasso "Apgar" pari o inferiore a 6 a 5 minuti o minore: <i>With an "Apgar" rate of 6 or below at 5 minutes or thereafter?</i>	
(vi)	Tramite parto cesareo: <i>Via caesarean section:</i>	

- b. E' il vostro reparto o gli altri ospedali da voi amministrati un centro di riferimento specialistico? *Is your Labour Ward or any of the Clinics under your management a specialist referral centre?* **si no**
- c. Avete una procedura che proibisca la VBAC (parto vaginale dopo taglio cesareo)? *Do you have a policy of prohibiting VBAC?* **si**
- d. Se no, il vostro modulo di consenso informato avverte del rischio che la VBAC comporta? *If no does your maternity Informed Consent form warn of the dangers posed by VBAC?* **si no**
- e. Quanti neonati sono stati indirizzati a una unita' SCBU (unita' di terapia infantile) o NNICU (unita' di terapia intensiva neonatale) internamente o esternamente? *How many infants have been referred to a SCBU or NNICU unit either internally or externally?* **nr.**
- f. Esiste un inventario delle apparecchiature di monitoraggio con un programma di sostituzione? *Is an inventory of monitoring equipment maintained with planned programmes of replacement?* **si no**
- g. Le vostre sale parto utilizzano il monitoraggio elettronico del feto? *Do your Labour Wards utilise Electronic Foetal Monitoring?* **si no**
- h. Le vostre sale parto possiedono attrezzature per il prelievo di campioni di sangue del feto? *Do your Labour Wards possess foetal blood sampling equipment?* **si no**
- i. Il personale è addestrato con continuita' alla lettura dei tracciati cardiografici? *Is continuous training provided for staff on the interpretation of cardiograph traces?* **si no**
- j. Le levatrici senior hanno diretto accesso alla consulenza su chiamata? *Do senior mid-wives have direct access to the consultant on call?* **si no**
- k. Vi sono dei forum sulla maternita' in eta' avanzata per rivedere periodicamente gli aborti, etc. al fine di migliorare il servizio? *Do forums of senior maternity staff periodically review still births, near misses etc. with a view to improving service?* **si**
- l. Un consulente ostetrico è disponibile nell'edificio 24 ore su 24? *Is a consultant obstetrician available "in-house" 24 hours per day?* **si**

- |    |   |    |    |
|----|---|----|----|
| m. | C'è un secondo consulente ostetrico disponibile su chiamata in grado di intervenire entro 30 minuti? <i>Is a second consultant obstetrician on call 24 hours per day who is able to attend within 30 minutes?</i> | sì | no |
| n. | C'è un pediatra neonatale disponibile nella struttura 24 ore al giorno? <i>Is a neo-natal paediatrician available in house 24 hours a day?</i>  | sì | no |
| o. | C'è un'anestesista a disposizione solo del reparto di ostetricia 24 ore al giorno? <i>Is an anaesthetist available solely to the obstetrical department 24 hours a day?</i>                                       | sì | no |
| p. | Possono essere eseguiti tagli cesarie di emergenza entro 30 minuti 24 ore al giorno? <i>Can emergency caesarean sections be performed within 30 minutes 24 hours a day?</i>                                       | sì | no |

**Data/ Date:**

**Firma/ Signature:**

**Nome** (in maiuscolo)/  
*Name* (in block capitals):

**Qualifica/ Position:**

**Addendum 3 - Chirurgia / Surgery**

Da compilare solamente se applicabile - *Complete only if Applicable*

- a. Indicare se le procedure chirurgiche sono: minori (senza anestesia) o maggiori (con anestesia)  
*Please specify if the surgical procedures are either minor (without an anaesthetic) or major (under anaesthetic).*
- b. Per la chirurgia volontaria di pazienti è richiesto di seguire un corso di pre-verifica clinica 2-4 settimane prima dell'ammissione? *For elective surgery are patients required to attend a pre-assessment clinic 2-4 weeks prior to admission?* **si** **no**
- c. Per la chirurgia di emergenza avete una procedura che preveda che ai pazienti venga fatta riprendere conoscenza prima dell'intervento? *For emergency surgery do you have a policy of resuscitating patients prior to surgery?* **si** **no**
- d. In media per quante ore al giorno i chirurghi di livello "senior" sono disponibili nella Clinica? *On average how many hours a day are consultant grade surgeons available in the Clinic?* **ore**
- e. Il chirurgo "senior" è colui a cui spetta la decisione finale se l'operazione chirurgica sia necessaria o no? *Is the consultant surgeon the final arbiter or decision maker on whether surgery is required or not?* **si** **no**
- f. Esistono delle direttive per tutte le procedure chirurgiche?  
*Do clinical guidelines exist for all surgical procedures?* **si** **no**
- In caso contrario, indicare per quali procedure chirurgiche non esistono direttive cliniche?  
*If not, please state which surgical procedures these clinical guidelines do not exist for:*
- g. Quante sale operatorie avete? *How many operating theatres do you have?* **nr.**
- h. Avete uno specifico soggetto nelle sale operatorie incaricato di stabilire la priorit  dei casi? *Do you have a nominated arbitrator in theatres to allocate the priority of cases?* **si** **no**
- i. Gli ospedali da voi gestiti fanno uso di stanze post-operatorie o unita' di terapia intensive per la cura e supervisione dei pazienti post-operatori? *Do the Clinic(s) under your management use "recovery rooms" or high dependency units for the care and supervision of post-operative patients?* **si** **no**

**Data/ Date:**

**Firma/ Signature:**

**Nome** (in maiuscolo)/

*Name (in block capitals):*

**Qualifica/ Position:**