

Assicurazione della Responsabilità Civile RCT/ RCO

Medical Malpractice

Avviso Importante

Important Warning

La presente proposta deve essere compilata 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 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.

Tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio devono essere dichiarati, ed il mancato adempimento di detto obbligo è disciplinato dagli articoli 1892 e 1893 del codice civile. All material facts must be declared. Failure to do so is regulated by articles 1892 and 1893 of the Italian civil code.

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti delle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza. 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 fosse verificato durante il periodo di validità della polizza.

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. 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.

Dati generali riguardanti il Proponente / General Information on the Proposer

Nome completo e indirizzo della Ragione Sociale:

Full name and address of the Authority/ Clinic:

JESOLO MEDICAL CARE S.r.l.

Sede Legale:

Registered Address: PIAZZA DRAGO 1 30016 JESOLO (VE)

Sito Internet:

Website address: www.jesolomedicalcare.eu

Data di Costituzione:

2015

Date established:

Ci sono mai stati cambiamenti significativi negli ultimi 10 anni, per esempio l'aggiunta o la eliminazione di un ospedale o di un reparto, la cessazione o l'avvio di particolari servizi? Se sì, fornire dettagli:

Have there been any significant exposure changes in the past 10 years, for example the addition or deletion of a hospital onward, cessation or commencement of particular services? If yes please provide details:

Vi siete fusi con o scissi da alcuna struttura sanitaria negli ultimi 10 anni?

Have you been merged / de-merged from an existing health centre/entity in the last 10 years?

Se sì, precisare / If yes, please specify:

sì

~~no~~

Siete specializzati o siete un centro di riferimento per qualche disciplina?
Do you specialise in any area or are you a centre of excellence for any discipline?

sì

~~no~~

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

Vi preghiamo di fornire informazioni sugli ospedali di competenza come segue:
Please provide full details of hospitals managed as follows:

- i) Data Di Costituzione/ *Establishment Date* :
- ii) Numero di ospedali/ *Nr of hospitals*:
- iii) Nome ed indirizzo (città e provincia) di ogni singolo ospedale (continuare su foglio separato se necessario):
Name and address (city and province) of each hospital (continue on another sheet if necessary):
- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

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*

<i>Anno/ Year</i>	Totale retribuzioni (in euro) inclusi personale sanitario, medico e liberi professionisti/ Total Wageroll (in Euros) Including sanitary medical and freelance staff	Fatturato (in euro) / Turnover (in Euros)	What period it refers to (ex. Jan-Dec / May-April etc)
Anno solare (stima) / Next calander year Start date		350.000	
Anno solare corrente / Current calander			
Anno corrente: - 1			
Anno corrente: - 2			
Anno corrente: - 3			
Anno corrente: - 4			

Ci sono in programma 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:*

Composizione del personale / Staff Information

	DIPENDENTE / <i>employees</i>	LIBERO PROFESSIONISTA / <i>self employed</i>
DOTTORI/ <i>doctors</i>		21
INFERMIERI / <i>nurses</i>	1	
ALTRO / <i>other</i>		

Attività Mediche / *Medical Activities*

Indicare il numero totale di posti letto per ognuno degli ultimi 5 anni, incluso l'anno corrente e la stima per il prossimo anno:

Please provide total number of beds for the last 5 years including the current year and your estimation for next year::

Anno / year	Nr. posti letto autorizzati / <i>nr. of utilized beds</i>	di cui posti letto per degenza ordinaria / <i>nr. of ordinary beds</i>	di cui posti letto per day hospital / <i>nr. of day beds</i>	Tasso medio di % di occupazione totale / <i>average occupied %</i>
Prossimo anno (stima)/ next year (estimate):				
Anno corrente / current year:				
Anno corrente: - 1				
Anno corrente: - 2				
Anno corrente: - 3				
Anno corrente: - 4				

Composizione dei pazienti/ Patients information

Anno / year	Ricoveri ordinari (almeno una notte in Ospedale) sia chirurgici che non / admissions	Ricoveri chirurgici (almeno una notte in ospedale) / inpatients	Numero accessi ambulatoriali chirurgici (DH) / outpatients
Prossimo anno (stima)/ next year (estimate):			
Anno corrente / current year:			
Anno corrente: - 1			
Anno corrente: - 2			

Numero di reparti attualmente in attività

nr.

Number of wards currently active

Vi è stata la chiusura di qualche reparto negli ultimi 10 anni? Has any ward been closed in the past 10 years?

sì

no

Se si si prega di specificare quale e quando/please clarify which ward(s) and when

Indicare i dettagli richiesti per i reparti sotto indicati:

Please provide the details requested below for the departemtns mentioned

ATTIVITA' Specialisation	DIPENDENTE Employees	LIBERO PROFESSIONISTA Self Employed	PROCEDURE CHIRURGICHE Surgical procedures	PROCEDURE NON CHIRURGICHE Non surgical patient contact
Cure infermieristiche Nursing care	1			
Dermatologia Dermatology		1	1	
Patologia Pathology				
Pediatria Pediatrics				
Psichiatria Psychiatry		2		2
Riabilitazione chimica o fisica Rehabilitation, Chemical or Physical		3		3

Anestesia <i>Anesthesia</i>		1		1
Disturbi cardiovascolari o polmonari Cardiovascular and Pulmonary				
Endocrinologia <i>Endocrinology</i>				
Gastroenterologia <i>Gastroenterology</i>				
Cure medico- generico <i>General Practitioner Care</i>		2		2
Ematologia <i>Hematology</i>				
Medicina Nucleare <i>Nuclear Medicine</i>				
Oncologia <i>Oncology</i>				
Oculistica <i>Ophthalmology</i>		1		1
Otorinolaringolatr ia <i>Otorhinolaryngology</i>		1		1
Terapia, radiazioni, Trauma <i>Therapy, Radiation or Shock</i>				
Chirurgia del colon e del retto Colon and Rectal Surgery				
Chirurgia generale (altri non classificati)		3		3

Cure intensive e critiche <i>Intensive Care and Critical Care</i>				
Chirurgia laringoiatrica <i>Laryngology Surgery</i>				
Chirurgia urologica <i>Urological Surgery</i>		1		1
Incidenti ed emergenza <i>Accident and Emergency</i>		1		1
Ostetricia <i>Midwifery</i>				
Chirurgia neurologica <i>Neurological Surgery</i>		1		1
Ostetricia e ginecologia <i>Obstetrics and Gynecology</i>		1		1
Chirurgia ortopedica <i>Orthopedic Surgery</i>		1		1
Chirurgia pediatrica <i>Pediatric Surgery</i>				
Chirurgia estetica <i>Plastic/Cosmetic Surgery</i>		1	1	
Chirurgia traumatologica <i>Trauma Surgery</i>				
Geriatrics <i>Geriatrics</i>				

Visite ed esami <i>Outpatient exam</i>				
Chirurgia vascolare <i>Vascular Surgery</i>				
Altro – specificare				

Il Proponente svolge una o più delle seguenti attività? Se sì, si prega di fornire le informazioni relative a tali attività nello specchio di cui sopra. Does the Insured provide one or more of the following services? If ye please provide the information in the above table:

1. Chirurgia bariatrica (bariatric surgery)
2. Medicina fetale (foetal medicine)- Appendix 1
3. Procreazione assistita (IVF and assisted reproduction)- Appendix 2
4. Cosmetica (Cosmetic) - Appendix 3

sì ~~no~~
sì ~~no~~
sì ~~no~~
sì ~~no~~

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? %

Pronto Soccorso / *Accident and Emergency*

Nr. di prestazioni complessivamente eseguite negli scorsi 5 anni incluso l'ultimo e la vostra stima per il prossimo anno/ *Total accesses number during for the past 5 years and your estimate for next year:*

Anno	Numero di prestazioni
Prossimo anno (stima):	
Anno corrente:	
Anno corrente: - 1	
Anno corrente: - 2	
Anno corrente: - 3	
Anno corrente: - 4	

Banca del Sangue / *Blood Bank*

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?

sì no

Apparecchiature Elettro-Mediche / *Electro-Medical Equipment*

L'utilizzo ed il mantenimento delle Apparecchiature Elettro-Mediche viene eseguito secondo i termini stabiliti dalla legge italiana?/ The use and maintenance of electro-medical equipment is as per Italian laws?

sì no

Consenso informato / *Informed consent*

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

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

Il consenso informato è sempre ottenuto in forma scritta? *Is informed consent always obtained in a written format?*

sì no

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

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?*

La documentazione di consenso viene firmata sia dal paziente sia dal medico?

Are informed consent forms countersigned by both the patient and consultant?

sì no

Le violazioni delle procedure di consenso informato sono sottoposte a procedimenti disciplinari?

Is non-compliance with informed consent procedures a disciplinary matter?

sì no

Documentazione Medica / *Medical Records*

Conservate e continuerete a conservare la documentazione medica dei pazienti relativa a tutti i trattamenti, decisioni e 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

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) *I medici non dipendenti sono assicurati con una loro polizza personale operante a primo rischio e con massimale di almeno EUR 1,000,000.00? Are the self employed doctors insured with a personal cover operating on first risk basis and with a limit of at least EUR 1,000,000.00*
- (iii) *Vi è un dipendente nominato per svolgere l'attività di controllo sulle polizze dei medici? se sì su che base temporale viene svolto il controllo? is there a dedicated employed to control the doctors policies? how often the control is carried out?*

- (iv). 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. 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? *Are drugs dispensed and delivered by pharmacists to wards rather than from a ward stock by non-pharmacists?* sì no
- (ii). Utilizzate un sistema di ordini computerizzato per ordinare farmaci? *Do you operate computerised physician order entry (CPOE) system for the ordering of drugs?* sì no
- (iii). Utilizzate tecnologia di lettura dei codici a barre per erogare medicinali? *Do you operate bar code technology for the dispensation of medication?* sì no
- (iv). Utilizzate un sistema computerizzato per la documentazione medica? *Do you operate a computerised system for medical records?* sì no

C. Credenziali / Credentialing

- (i). Esaminate tutti i candidati, specialmente chirurghi e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano una storia di droga e/o abuso di alcol? *Do you screen all applicants, especially surgeons and anaesthetists, to ensure that they do not have a history of drug and/or alcohol abuse?* sì no
- (ii). Esaminate tutti i candidati, specialmente chirurghi, ostetrici e anestesisti, per assicurarvi che non abbiano un pregresso inaccettabile di precedenti richieste di risarcimento per negligenza? *Do you screen all applicants, especially surgeons, obstetricians and anaesthetists, to ensure that they do not have an unacceptable history of claims for negligence?* sì no
- (iii). Verificate che le qualificazioni e l'esperienza del candidato siano veritiere? *Do you verify that applicants' qualifications and experience are genuine?* sì no
- (iv). Quanto dura il periodo di prova per i medici prima di avere permesso completo di lavorare nella Clinica? *How long is the probationary period for doctors prior to granting of Clinic privileges?*

(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? *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?*

sì 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? *Do you maintain accurate records of and ensure that all professional practitioners hold valid licences to practise in their respective areas of specialisation?*

sì 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? *How many of the above listed professional practitioners have been subject to disciplinary proceedings for misconduct in professional matters, including drugs and alcohol abuse?*

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?*

nr.

G. MRSA

(i). Applicare 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

Storico assicurativo / Insurers' history

Vi preghiamo di fornire informazioni sui Vostri assicuratori per i 10 anni passati con copia della polizza in scadenza:

Please provide details of your insurers for the past 10 years with copy policy wording for the last year:

Assicuratore <i>Insurer</i>	Periodo di Assicurazione <i>Period of Insurance</i>	Massimale Per ciascun sinistro In aggregato <i>Limit of Indemnity Any One Claim In the Aggregate</i>	Importo della Franchigia aggregata e/o per ogni e ciascun sinistro <i>Amount of Deductible Aggregate and/or each and every claim</i>	Forma (L= Losses occurring, C= Claims made) <i>Type (L= Losses occurring, C= Claims made)</i>	Data di retroattività <i>Retrodate</i>	GARANZIA POSTUMA <i>Extended Reporting Period</i>	PREMIO ANNUALE NETTO/ <i>annual net premium</i>
1.							
2.							
3.							

Confermare la copertura se diversa da responsabilità medica, RCT e RCO per ogni periodo di assicurazione e dettagli della copertura fornita.

Confirm coverage if different from medical malpractice, third party liability and employers liability for any period of insurance and detailing what actual cover was.

Per favore avvisare se in ogni precedente periodo assicurativo il numero di ospedali assicurati era diverso da quello stabilito a pagina 2 del presente questionario

Please advise if in any prior insurance period if the number of hospitals covered was different to those stated on page 2 of this proposal form.

Quando scade la vostra polizza attuale?

When does your current policy expire?

Vi è mai stata rifiutata o annullata una richiesta di copertura per questo genere di rischi?

Have you ever had a request for cover refused or cancelled for these types of risks?

sì no

Se sì, spiegare perché? *If yes please explain why?*

Siete a conoscenza di azioni, omissioni o fatti dai quali sono derivate azioni o procedimenti deontologici del proponente e/o di una o più persone delle quali il Proponente debba rispondere?

Are you aware of any acts, omissions or facts from which a disciplinary procedure as been commenced towards the proposer or any other person he is responsible for?

sì no

Se sì, spiegare perché? *If yes please explain why?*

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 / He/she is duly authorised to complete this Proposal Form on behalf of the Proposer;**
-
- 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, 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 nonché 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*