

QUESTIONARIO STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE CHE EROGANO PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA

Avvertenza: ad ogni quesito il Proponente dovrà dare un'esauriente risposta, pregando di scrivere in stampatello nelle apposite caselle. Se lo spazio a disposizione dovesse essere insufficiente, per favore utilizzare separato foglio indicando per ciascuna risposta il relativo numero del punto del Questionario.

Dati identificativi della Struttura

Ragione sociale Sede sociale

Nome della struttura

Partita IVA e/o Cod. Fiscale Ubicazione della struttura

Website (se disponibile)

Dati del compilatore

Nome e cognome in qualità di

Informazioni sull'attività svolta

Data di costituzione

Il Proponente è accreditato presso il S.S.N. ?

SI NO

In caso affermativo specificare con quale A.S.L. e/o Azienda Ospedaliera:

.....

Risultano attività svolte in mancanza dell'autorizzazione prescritta dalla legge?

SI NO

In caso affermativo, specificare quali e i motivi:

.....
.....
.....

Attività svolte

(barrare le caselle)

- [Assistenza specialistica, anche infermieristica
- [Assistenza chirurgico
- [Azienda Territoriale Pubblica di Servizi alla Persona (ATPSP)
- [Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)
- [Attività di dialisi
- [Attività odontoiatrica
- [Attività radiodiagnostica e di diagnostica per immagini
- [Attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, service di laboratorio, P.O.C.T. e analisi cliniche
- [Punto/i di prelievo e unità di raccolta sangue fissa o mobile-autoemoteca
- [Attività di recupero e rieducazione funzionale
- [Attività di riabilitazione, di medicina fisica e riabilitativa
- [Attività di riabilitazione pneumologica, neuromotoria e cardiologica
- [Centro/i di salute mentale (strutture psichiatriche, centri diurni psichiatrici e residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS))
- [Centro/i ambulatoriale/i per il trattamento delle persone dipendenti da abuso
- [Unità di raccolta sangue fisse o mobili-autoemoteche
- [Servizi ambulanza (servizi in emergenza, trasporti sanitari e assistenza a eventi)
- [Assistenza veterinaria di sanità animale, anche con struttura mobile e laboratori veterinari di analisi
- [Attività di medicina nucleare
- [Attività di medicina dello sport
- [Attività di vaccinazione e malattie infettive
- [Attività terapeutiche di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
- [Attività di medicina legale
- [Attività di medicina del lavoro

Personale non dipendente:

- c) N° Medici di cui: N° che non effettuano interventi chirurgici
- N° che effettuano interventi chirurgici
- d) N° altri operatori sanitari

Fatturato

Precedente esercizio

Ultimo esercizio

Prossimo esercizio

Attività libero professionali svolte dagli operatori professionali o nell'adempimento di proprie obbligazioni contrattuali assunte con pazienti **SI NO**

In caso affermativo fornire dettagli

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Percentuale di attività libero professionale svolta dagli operatori professionali o nell'adempimento di proprie obbligazioni contrattuali assunte con pazienti sul fatturato complessivo

Polizze in corso e precedenti assicurativi

Precedenti assicurativi della Struttura (precisare l'esistenza o la cessazione di polizze assicurative contratte dalla Struttura)

.....

Polizze personale sanitario

- NO
- SI
In caso di risposta SI, la Società si riserva di richiedere successive informazioni

.....

.....

Massimali richiesti

Euro

Sinistri/ricieste di risarcimento e fatti noti degli ultimi 5 anni

- NO
- SI

In caso di risposta SI, per ciascun sinistro e richiesta di risarcimento ricevuta fornire le seguenti informazioni: importo, cause, informazioni precise all'accadimento. Relativamente a fatti noti alla Direzione Sanitaria riferiti a danni a persone per i quali non sono state ricevute richieste di risarcimento o non sono stati aperti sinistri su altro contratto di assicurazione allegare la relazione del personale sanitario (cartella clinica, referti,...). Si precisa comunque che sinistri, richieste di risarcimento e fatti noti non si intendono compresi nella copertura assicurativa richiesta.

.....

.....

.....

.....

.....

Sinistri/ricieste di risarcimento e fatti noti degli ultimi 10 anni riferite a impianti, macchinari e attrezzature utilizzati per l'esercizio dell'attività assicurata

- NO
- SI

In caso di risposta SI, per ciascun sinistro e richiesta di risarcimento ricevuta fornire le seguenti informazioni: importo, cause, informazioni precise all'accadimento. Relativamente a fatti noti alla Direzione Sanitaria riferiti a danni a persone per i quali non sono state ricevute richieste di risarcimento o non sono stati aperti sinistri su altro contratto di assicurazione allegare la relazione del personale sanitario (cartella clinica, referti,...). Si precisa comunque che sinistri, richieste di risarcimento e fatti noti non si intendono compresi nella copertura assicurativa richiesta.

.....

.....

.....

.....

.....

Negli ultimi 5 anni ha ricevuto da parte degli Enti competenti contestazioni o contravvenzioni di qualsiasi tipo?

- NO
- SI

In caso di risposta SI, fornire le informazioni dettagliate

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La sottoscrizione del presente questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della polizza di assicurazione. Tuttavia - qualora la stessa sia emessa - le dichiarazioni rese nel Questionario saranno prese a fondamento del contratto e formeranno parte integrante del medesimo. Il Proponente riconosce che le dichiarazioni contenute nel presente Questionario sono veritiere e dichiara altresì di non avere sottaciuto alcun elemento che possa influire sulla valutazione del rischio.

Data della compilazione Questionario

Timbro e Firma del Proponente