Dati struttura

Fatturato annuo in € al netto dell'I.v.a.

stima esercizio in corso	esercizio anno precedente	penultimo esercizio finanziario
€	€	€

di cui realizzato con la Pubblica Amministrazione (indicare Percentuale)

%	%	%
---	---	---

Numeri Soggetti da assicurare della Struttura Sanitaria Contraente

AMMINISTRATORI	DIRIGENTI (Medici)	DIRIGENTI (Non Medici)	Direttore Sanitario (se non Dirigente)/

DIPENDENTI (Sanitari)	DIPENDENTI (Non Sanitari)	LIBERI PROFESSIONISTI (Medici)	LIBERI PROFESSIONISTI (Sanitari non medici)

ORGANO DI VIGILANZA	COLLEGIO SINDACALE	ALTRI ()	

Note eventuali

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

All'interno della Struttura viene svolta attività chirurgica: **SI** **NO**
 Se **SI**: che tipologia di attività viene svolta:
 Ortopedica Ginecologica Neurochirurgica Altra chirurgia

All'interno della Struttura viene svolta attività Invasiva: **SI** **NO**
Esistono all'interno della struttura una o più figure professionali dedicate alla prevenzione e gestione del rischio clinico? **SI** **NO**

Se **SI**: con quale profilo professionale?
 Risk Manager Medico Legale Legale

Dati coperture richieste

Tutela legale PENALE

Massimale per sinistro

150.000,00 EUR **300.000,00 EUR** **500.000,00 EUR**

Secondo consulente di parte

Nomina di un ulteriore consulente a supporto della difesa per una materia differente rispetto a quella per la quale è già stato incaricato il primo consulente

SI **NO**

Estensioni della copertura

Estensione della difesa in caso di illeciti amministrativi

SI **NO**

Fase prodromica: copertura delle spese per la redazione di memorie difensive prima dell'irrogazione della sanzione amministrativa definitiva, per esempio in caso di violazioni dei decreti legislativi:

Nr. 81/2008 (salute e sicurezza sul lavoro),

Nr. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali),

Nr. 152/2006 (Norme in materia ambientale).

Inclusione di procedimenti penali derivanti da violazioni di norme fiscali/tributarie/doganali

SI **NO**

Estensione D. Lgs. 231/2001

SI **NO**

(Responsabilità amministrativa della persona giuridica)

Esiste un modello organizzativo ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 **SI** **NO**

Secondo Avvocato

SI **NO**

Nomina di un ulteriore difensore a supporto della difesa dell'ente

Obbligo di dichiarazione

Negli ultimi 3 anni sono stati instaurati nei confronti delle persone fisiche o giuridiche da assicurare

• procedimenti penali

SI **NO**

• procedimenti per illeciti amministrativi

SI **NO**

In caso di risposta affermativa Vi preghiamo di fornirci i dettagli (Allegare doc.)

.....

.....

.....

.....

Tutela legale Azienda

Garanzie prestate

- Richieste di risarcimento danni a persone e/o cose
- Resistenza avverso richieste di risarcimento danni
- Controversie di lavoro con dipendenti/ex co.co.pro, lavoratori somministrati e tirocinanti/stagisti
- Controversie relative a contratti assicurativi
- Tutela dell'immobile (proprietà/diritti reali e contratti di locazione quale locatario)
Si prega di dare numero immobili e indirizzi se diversi dalla sede del contraente

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

- Arbitrati (rituali/irrituali)
- Controversie con enti di previdenza

Massimale: 40.000,00 € 80.000,00 € 100.000,00 €

Estensione alle vertenze con fornitori **SI** **NO**

(esclusa per le imprese con più di 150 dipendenti)

Validità territoriale: Italia – San Marino – Città del Vaticano

Obbligo di dichiarazione

Il Contraente dichiara l'assenza, negli ultimi tre anni, di procedimenti civili per le garanzie di cui sopra **SI** **NO**

In caso di risposta affermativa Vi preghiamo di fornirci i dettagli (Allegare doc.)

.....
.....

Confermo che le informazioni fornite sono veritiere e che provvederò a comunicare immediatamente all'assicuratore eventuali cambiamenti che dovessero manifestarsi prima della stipula del contratto, consapevole delle conseguenze previste dalla normativa vigente in caso di reticenze o omissioni.

Luogo e data

Azienda Sanitaria Contraente

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali indicati per le finalità della presente richiesta, consapevole che, in mancanza di consenso al trattamento dei propri dati, non si potrà procedere all'elaborazione dell'offerta.

Luogo e data

Azienda Sanitaria Contraente

Spettabile

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Tutela Legale della nostra struttura presso:

le Compagnie del mercato Italiano
le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative della Responsabilità professionale del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

Luogo e data

Azienda Sanitaria Contraente

Le eventuali coperture assicurative già in essere sono gestite con:

AGENTE **BROKER**

Anagrafica Intermediario

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

La compilazione è stata effettuata in data |__| |__| |_____|

Da _____

Funzione Aziendale _____

Assistiti da: _____

Luogo e data

Azienda Sanitaria Contraente