

AVVISI IMPORTANTI

I E' nel Vostro interesse dichiarare nella presente Proposta/Questionario qualsiasi fatto o circostanza che possa assumere rilevanza ai fini della valutazione del rischio che proponete di assumere, in quanto, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'indennizzo da parte Vostra. In caso di dubbio su che cosa costituisca fatto o circostanza rilevante, Vi preghiamo di consultare il Vostro agente o consulente.

II La polizza che verrà emessa in caso di accettazione della presente Proposta/Questionario, sarà soggetta al principio del cd. claims made in base al quale la copertura assicurativa riguarderà esclusivamente le richieste di risarcimento di cui un assicurato sia venuto a conoscenza e che vengano comunicate agli Assicuratori nel periodo di polizza, nei limiti ed alle condizioni tutte che saranno previste nella polizza medesima.

INFORMAZIONI DEL PROPONENTE E SULLA STRUTTURA (Information on the Proposer and its structure)

Denominazione / Ragione Sociale (Company/Authority name)	Fondazione CNAO-Centro di Adroterapia Oncologica
Data di costituzione (Establishing data)	23.12.2000 con legge n. 388
P.IVA (VAT no.)	03491780965
Indirizzo sede legale (Legal Address)	Strada Campeggi, 53 – 27100 Pavia
Attività / Competenze Istituzionali (Activities/Institutional powers)	ATTIVITA' DI RICERCA E DI CURA (SETTORE "SANITA'")
Comuni e territorio di competenza (Municipalities and regions managed)	

Indicare eventuali distaccamenti o sedi separate (please indicate any detachments or separate locations)

NO

SI

n.	Denominazione (company name)	Comune (Location)	Prov. (Region)	C.A.P (Zip code)

Indicare la suddivisione percentuale dei ricavi derivanti dall'attività caratteristici (please provide revenues sharing of ordinary activities)

5,36% Pazienti
Paganti
(paying patients)

94,13%
S.S.N./Pubblico
(NHS/Public)

0,52% Libera
Prestazione
(Private patients)

Indicare il fatturato¹ per i seguenti anni (Please provide annual turnover) DAL 2009 AL 2013 FATTURATO PARIA 0

Anno 2019 - Previsto	Anno 2018	Anno 2017	Anno 2016	Anno 2015
12.863.000,06	12.478.000,00	11.757.000,00	9.211.000,00	7.729.000,00

(1): fatturato conseguito o preventivato riferito alle prestazioni inerenti l'attività caratteristica (clinica) come da bilancio.

Sono previsti cambiamenti strutturali nell'attività nei prossimi 12 mesi (Have there been any changes in your business in the next 12 months)

NO

SI

LA SPERIMENTAZIONE (GRATUITA) SI E' CONCLUSA NEL GENNAIO 2014. IL 31.01.2014 E' STATO STIPULATO IL CONTRATTO CON L'ASL PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI IN REGIME ORDINARIO. STIPULA NUOVO CONTRATTO ASL NEL 2017

Numero totale di letti (No of beds)	0
Numero di sale operatorie (No of operating theatres)	0
Numero di pazienti ammessi lo scorso anno (number of patients admitted in the last year)	0
Numero Maternità (No. maternity)	0
Lunghe degenze (Long-term care)	0
Riabilitazione (Rehabilitation)	0
Specificare se ci sono state variazioni dei dati negli ultimi 5 anni (please specify if data modifications occurred in last 5 years):	
IL CNAO NON EFFETTUA DEGENZE NEANCHE IN DAY HOSPITAL. IL 31.01.2014 SI E' CONCLUSA LA SPERIMENTAZIONE ED E' STATO STIPULATO IL CONTRATTO CON L'ASL PER L'AVVIO DELLE PRESTAZIONI IN REGIME ORDINARIO	

DATI SUL PERSONALE (Information on Personnel) – DATI AGGIORNATI AL 31/12/2018

	Nr.	Retribuzioni lorde (gross payroll)
Medici Dipendenti (Employed Doctors)	11	566.719,00
Medici Convenzionati (Doctors under agreement)	5	228.476
Medico Liberi professionisti (Self-employed)	2	168.961
Personale non medico (Health Managers – no doctors)		
Dipendente non medico	77	3.173.261,00
Collaboratore non medico	4	79.782,00
Infermieri (Nurses) (3) + 1 OSS + 1 OSS SOST. MATERN.	5	106.697
p.iva non medico	2	162.863
TSRM DIPENDENTI	20	580.942
Altri (Others) PRESIDENTE E ORGANI COLL.	16	394.949
Totale (Total)		5.462.650,00

DATI ATTIVITA' (Activities data)

NB: Specificare per numero medici la qualifica Dipendente/Convenzionato/Libero Professionista e per le operazioni chirurgiche se sono state eseguite da Dipendente/Convenzionato/Libero Professionista.

FONDAZIONE CNAO NON EFFETTUA RICOVERI

Specializzazione Specialisation	Nr. letti ordinari e day hospital(No of beds day hospital)	Nr. Medici (Nr. Doctors)			Nr. operazioni chirurgiche (Nr.Surgical Operations)			Nr. Ricoveri Ordinari (Nr. Hospitalization)	Nr. Prestazioni Day Hospital (Nr. Day Hospital)
		DIP.	CONV.	PROF.	DIP.	CONV.	PROF.		
Pronto soccorso ed Emergenza Accident & Emergency									
Astanteria Reception Ward									
Cardio Chirurgia Cardiologic Surgery									
Cardiologia Cardiology									
Chirurgia Generale General Surgery									
Chirurgia Maxillo Facciale Facial Maxillo Surgery									
Chirurgia Pediatrica Pediatric Surgery									
Chirurgia plastica Cosmetic Surgery									
Chirurgia Toracica Thoracic surgery									
Chirurgia Vascolare Vascular surgery									
Cure dentarie Dentistry									
Dermatologia Dermatology									
Geriatria Geriatrics									
Ematologia Haematology									
Emodialisi Hemodialysis									
Gastroenterologia Gastroenterology									
Grandi Ustioni Great Ustion									
Immunologia Immunology									
Lungodegenza Long Term Care									
Malattie Endocrine Endocrinal Diseases									
Malattie Infettive Infective Diseases									
Medicina Generale General Medicine									
Medicina del Lavoro Job Medicine			2						
Medicina Nucleare Nuclear Medicine			1						
Nefrologia Nephrology									
Neonatalogia Neonatal									
Neurochirurgia Neurosurgery									
Neurologia Neurology									
Neuropsichiatria Neuropsychiatry									
Nido/Culle Nursery									
Oculistica Ophthalmology									
Odontoiatria Stomatologia Dentistry Stomatology									
Oncologia Oncology									
Ortopedia e Traumatologia Orthopedics and Lesion									
Ostetricia e ginecologia Obstetrics & Gynecology									
Terapia intensiva Intensive Care									
Otorinolaringoiatra Otorhinolaryngology									
Pneumatologia Pneumatology									
Oftalmologia Ophthalmology									
Pediatria Paediatrics									
Psichiatria Psychiatry									
Radiologia Radiology		1	8						
Riabilitazione Rehabilitating									
Reumatologia Rheumatology									
Terapia Intensiva Strong Therapy									
Terapia Intensiva Neonatale Neonatal Intensive Therapy									
Totale Total									

In presenza di un reparto di Ostetricia indicare il numero di parti annui di cui
(In case of obstetrician ward indicate no. of births per annum)

Nati tramite parto cesareo (born with caesarean section)

Nati con handicap (born with disability)

Nati morti (stillborn)

Nati con tasso APGAR minore di 6 (born with APGAR code less than 6)

Altri Servizi di terapia/assistenza prestati (other counselling services provided)

	Personale utilizzato (Staff employed)	Nr di pazienti (No of patients)
Fecondazione assistita (Assisted conception)		
Chirurgia plastica volontaria (Elective cosmetic surgery)		
Interruzione di gravidanza volontaria (Elective abortion)		
Adeguamento identità psico fisica (Gender reassignment)		
HIV, epatite, STD (HIV/Hepatitis/ STD)		
Altro specificare (Other please specify)		

Prego rispondere SI/NO (Please answer Yes/No)

SI Esiste una funzione aziendale dedicata alla gestione dei rischi? (Is there a corporate
function which is dedicated to the risks management?)

Il personale medico viene formato sulla policy aziendale in tema di informazione al paziente e
acquisizione del consenso alle prestazioni? (Could you confirm medical personnel training's
compliance towards internal Policy, in respect of information to patient and in respect of agreement
to therapy collection?)

Il consenso informato è richiesto al paziente prima della cura in tutti i casi e per iscritto? (Is
informed consent required from patients prior to treatment?)

Se NO, si prega di fornire informazioni complete (If any answer is No, please provide full details):

Esiste un protocollo per la verifica ed il controllo delle apparecchiature mediche? (Is there a
structure programme for the medical equipment maintenance?)

Esiste un protocollo per la raccolta, distribuzione ed utilizzo del sangue? (Is there a structure
programme for the blood collection, distribution and utilization?)

DATI ASSICURATIVI

Struttura

	Anno (year)					
	In corso (current)	1mo precedente (1 st previous)	2do precedente (2 nd previous)	3zo precedente (3 rd previous)	4to precedente (4 th previous)	5to precedente (5 th previous)
Compagnia (Insurer)						
Massimale per sinistro (limit for each claim)						
Massimale annuo (annual limit)						
Franchigia frontale (each and every claim ded.)						
Franchigia Aggregata (Aggregate ded.)						
Forma ² (Basis of valuation)						
Retroattività (Retroactivity)						
Premio annuo lordo (Annual gross premium)						
Estensione RCT medici dipendenti (TPL for employers) SI/NO						

(2) "Claims made" o "Losses occurring"

Data di scadenza (expiring date)	
Data di effetto di disdetta ricevuta (Date of cancellation)	

Personale Convenzionato e Libero Professionista

Al personale convenzionato o libero professionista è richiesta la sottoscrizione di una polizza di RC professionale? (Is a personal Professional Liability coverage requested to personal under agreement and freelances doctors?)

NO SI

In caso affermativo è richiesto un massimale minimo (If yes is a minimum limit required to them?)

NO SI, con importo minimo di **500.000,00**

In caso affermativo viene effettuato un controllo e con quale frequenza (If yes, is any verification provided and how often?)

NO SI, con la frequenza di annuale

Si è a conoscenza che un medico sia coinvolto in procedimenti penali per morte o lesioni subite da pazienti? (Do you know if a doctor is involved in a criminal procedure for patient death or injuries?)

NO SI

Se SI, si prega di fornire informazioni complete (If any answer is YES, please provide full details):

Il/La sottoscritto/a, nella qualità specificata in calce,

DICHIARA

di essere autorizzato/a a compilare e sottoscrivere la presente Proposta/Questionario in nome e per conto dell'Ente/Struttura Ospedaliera;

che tutte le risposte che precedono sono state date a seguito e sulla base di una accurata indagine interna e che pertanto esse sono veritiere, corrette ed esaustive;

di aver preso atto che la presente Proposta/Questionario sarà posta dagli Assicuratori alla base delle sue determinazioni circa l'assunzione del rischio e costituirà pertanto parte integrante della polizza;

SI OBBLIGA

personalmente e in nome e per conto della società indicata al punto 1.1 ad informare prontamente gli Assicuratori qualora, tra la data della presente Proposta/Questionario e la data di emissione della polizza, dovessero intervenire sostanziali variazioni rispetto alle informazioni fornite con essa, restando inteso che, in tal caso, gli Assicuratori potranno liberamente recedere da qualsiasi trattativa, revocare proposte, modificare preventivi, ecc..

Data

5 giugno 2019

Firma e ruolo

- 