

ASSIMEDICI[®]

CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

CORPORATE DEPARTMENT

LEGAL TASK FORCE

LA RESPONSABILITÀ DOPO IL COVID-19

RISCHI LEGALI PER LE AZIENDE SANITARIE

QUESTIONARIO PER UNA COPERTURA DI TUTELA LEGALE PERSONALIZZATA PER I VERTICI DELLA STRUTTURA E PER TUTTI I SANITARI



RISCHI CIVILI PER LE IMPRESE

Controversie con i dipendenti.
Controversie con i clienti.



RISCHI PENALI E VIOLAZIONI D.LGS. 81/2008

Rischio penale per lesioni per le figure apicali e RSPP.
Sanzioni amministrative a seguito violazione del D. Lgs. 81/2008.



RISCHI 231

Violazione del D. Lgs. 81/2008, reato presupposto del D. Lgs. 231/2001.
Sanzioni amministrative pecuniarie che possono essere superiori a € 1.500.000,00.
Sanzioni interdittive, compreso il blocco dell'attività, emesse anche come misure cautelari sin dall'inizio.



RISCHI CIVILI PER I MANAGER

Mancata tutela della salute dei lavoratori.
Mancanza di un piano per la gestione dell'emergenza.
Azioni di responsabilità nei confronti dei manager.

Per info ASSIMEDICI LEGAL TASK FORCE 24 ORE SU 24, 7 GIORNI SU 7
CELL. 392.93.94.353 • Numero verde 800-633424

www.legaltaskforce.it

**Questionario da compilare e restituire a mezzo
E-mail a corporate@assimedi.it o Fax allo 02.87.18.19.05
per un offerta personalizzata a tutela dei vertici della struttura
e per tutti i sanitari**

Per Informazioni: **ASSIMEDICI - LEGAL TASK FORCE**
CELL. 392.93.94.353 • Tel. 02.91.98.33.11

Anagrafica struttura

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Sito Internet: www. _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Direttore Amministrativo _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Direttore Sanitario _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Risk Manager _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Referente Coperture Assicurative _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

TIPOLOGIA DI ATTIVITA' SVOLTA **CODICE ATECO** | _____ |

LA STRUTTURA E' ACCREDITATA DAL SSN **SI** **NO**

REGIONE IN CUI VIENE SVOLTA L'ATTIVITA' | _____ |

Struttura Pubblica **SI** **NO a partecipazione Pubblica** **SI** **NO**

Poliambulatorio

Studio Odontoiatrico

Laboratorio Analisi

Centro Diagnostica Strumentale

Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA)

Struttura Complessa

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Struttura di Medicina Estetica

Casa di Cura

Ospedale / IRCCS

Assistenza Infermieristica Residenziale e Domiciliare per Anziani

NB: Allegare al questionario la Visura Camerale con Bilancio

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.)

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

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

ASSIMEDICI
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI
CORPORATE DEPARTMENT

LEGAL TASK FORCE

**Per info ASSIMEDICI LEGAL TASK FORCE 24 ORE SU 24, 7 GIORNI SU 7
CELL. 392.93.94.353 • Numero verde 800-633424**

www.legaltaskforce.it

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina, 20

Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.19.05

R.U.I. B000401406

www.assimediti.it - E-mail: info@assimediti.it

**STEFFANO
GROUP**