

Questionario di Raccolta Dati

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile professionale, verso terzi e verso prestatori di lavoro delle Farmacie

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

| | | | |
|--------------------------------------|------------------|------------|---------|
| RAGIONE SOCIALE* | E-MAIL* | | |
| INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)* | LOCALITÀ/COMUNE* | PROVINCIA* | C.A.P.* |
| CODICE FISCALE* | PARTITA I.V.A | NAZIONE* | |
| RECAPITO TELEFONICO | PEC* | | |

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

| | | | |
|--------------------------------------|------------------|------------|---------|
| RAGIONE SOCIALE* | E-MAIL* | | |
| INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)* | LOCALITÀ/COMUNE* | PROVINCIA* | C.A.P.* |
| CODICE FISCALE* | PARTITA I.V.A | NAZIONE* | |
| RECAPITO TELEFONICO | PEC* | | |

1) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

2) Frazionamento del Premio

Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta

 Annuale Semestrale Temporaneo
3) Numero Addetti

Indicare il numero di addetti presenti

 Fino a 3 Addetti Fino a 5 Addetti Fino a 8 Addetti Oltre 8 Addetti
3.1) se selezionato "Oltre 8 Addetti", indicare il numero di addetti

4) Massimale per Sinistro RCT/RCP

Indicare il Massimale per Sinistro desiderato

 € 1.000.000 € 2.000.000 € 3.000.000


Questionario di Raccolta Dati

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile professionale, verso terzi e verso prestatori di lavoro delle Farmacie

5) Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri

Il Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri verrà valorizzato in automatico e seguirà il seguente schema:

| Valore Massimale per Sinistro RCT/RCP selezionato | Valore Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri |
|---|--|
| € 1.000.000 | € 3.000.000 |
| € 2.000.000 | € 6.000.000 |
| € 3.000.000 | € 9.000.000 |

AVVERTENZA: il Massimale per la garanzia è RCO è pari ad € 2.000.000; inoltre è prevista l'applicazione di una Franchigia fissa pari ad € 1.000 per ogni persona infortunata

6) Sinistrosità dell'Assicurato

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Assicurato negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Richieste di Risarcimento: _____

AVVERTENZA (1): in caso di risposta affermativa per un numero di sinistri inferiore o pari a 10, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo "Allegato 1" - "Sinistri progressi".

AVVERTENZA (2): qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia pari o superiore a € 25.000,00, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ____/____/_____

Il Contraente _____



Questionario di Raccolta Dati

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile professionale, verso terzi e verso prestatori di lavoro delle Farmacie

Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art.13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE n. 2016/679 (di seguito anche "GDPR" o "Regolamento") tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. Le basi giuridiche del trattamento sono: i) l'esecuzione di misure precontrattuali, ii) l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e iii) l'interesse legittimo del Titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali, che in ogni caso può in qualsiasi momento consultare alla pagina "privacy" del sito internet del Titolare: www.amtrust.it. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno conservati per 12 mesi dall'emissione della proposta.

La normativa sulla privacy (artt. 15 e ss. del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito info-privacy@amtrustgroup.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità indicate sul sito del Garante (www.garanteprivacy.it), ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/_____

Il Contraente _____



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it

PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 Numero REA

MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165

Questionario di Raccolta Dati

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile professionale, verso terzi e verso prestatori di lavoro delle Farmacie

Allegato 1 - Sinistri pregressiIndicare l'ammontare totale pagato per la **totalità dei sinistri dichiarati**:

- Minore di € 25.000,00
 Maggiore o uguale a € 25.000,00

AVVERTENZA: qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia maggiore o uguale a € 25.000,00, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

I° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Primo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Primo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Primo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Primo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Primo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Primo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Primo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Primo sinistro - Decesso (Si / No): _____

II° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Secondo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Secondo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Secondo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Secondo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Secondo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Secondo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Secondo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Secondo sinistro - Decesso (Si / No): _____

III° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Terzo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Terzo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Terzo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Terzo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Terzo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Terzo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Terzo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Terzo sinistro - Decesso (Si / No): _____

IV° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quarto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quarto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Quarto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Quarto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Quarto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Quarto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quarto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quarto sinistro - Decesso (Si / No): _____

V° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quinto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quinto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Quinto sinistro - Descrizione avvenimento: _____



Questionario di Raccolta Dati

Contratto di Assicurazione per la Responsabilità civile professionale, verso terzi e verso prestatori di lavoro delle Farmacie

- Quinto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Quinto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Quinto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quinto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quinto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VI° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Sesto sinistro - Data accadimento: ___/___/___
- Sesto sinistro - Data denuncia: ___/___/___
- Sesto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Sesto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Sesto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Sesto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Sesto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Sesto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VII° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Settimo sinistro - Data accadimento: ___/___/___
- Settimo sinistro - Data denuncia: ___/___/___
- Settimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Settimo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Settimo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Settimo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Settimo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Settimo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VIII° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Ottavo sinistro - Data accadimento: ___/___/___
- Ottavo sinistro - Data denuncia: ___/___/___
- Ottavo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Ottavo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Ottavo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Ottavo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Ottavo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Ottavo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

IX° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Nono sinistro - Data accadimento: ___/___/___
- Nono sinistro - Data denuncia: ___/___/___
- Nono sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Nono sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Nono sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Nono sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Nono sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Nono sinistro - Decesso (Sì / No): _____

X° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Decimo sinistro - Data accadimento: ___/___/___
- Decimo sinistro - Data denuncia: ___/___/___
- Decimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Decimo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Decimo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Decimo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Decimo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Decimo sinistro - Decesso (Sì / No): _____



Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o Ragione sociale:

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato

ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedi.it E-mail info@assimedi.it PEC info@assimedi.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011

Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

