

Questionario di Raccolta Dati

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

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

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1. 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**3. Altre coperture attive con Società del Gruppo AmTrust**

Esistono altre polizze assicurative stipulate con Società del gruppo AmTrust che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

 NO SìAVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.**4. Altre coperture attive con Altri Assicuratori per il medesimo rischio**

Esistono altre polizze assicurative che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

 NO Sì

Se Sì, indicare il nome della Compagnia: _____

5. Iscrizione all'Albo Professionale

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

 NO, iscrizione all'albo necessaria ma non iscritto Sì**6. Cittadinanza extra UE**

L'Assicurato possiede la cittadinanza al di fuori dell'Unione Europea?

 NO Sì

Questionario di Raccolta Dati

7. **Tipologia di Copertura**

Selezionare la tipologia di Copertura che si desidera:

- Responsabilità Civile professionale per Colpa grave +
Responsabilità Civile professionale verso terzi
- Responsabilità Civile per Colpa Grave

8. **Sinistrosità**

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

- Nessuno 1 Sinistro 2 Sinistri Più di 2 Sinistri

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare in ogni sua parte l'Allegato "Sinistri e Fatti Noti" e contattare la Direzione.

9. **Fatti Noti**

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti Noti" dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

- Nessuno 1 Fatto Noto 2 Fatti Noti Più di 2 Fatti Noti

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare in ogni sua parte l'Allegato "Sinistri e Fatti Noti" e contattare la Direzione.

10. **Retroattività**

Selezionare la retroattività desiderata:

- 10 anni Illimitata

11. **Massimale per Sinistro**

Selezionare il Massimale per Sinistro:

- 1 milione 2 milioni 3 milioni

12. **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 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	€ 6.000.000

13. **Garanzie Aggiuntive**

Si intende acquistare la Garanzia Aggiuntiva "RC Plus"?

- NO Sì



Questionario di Raccolta Dati

Allegato Sinistri e Fatti Noti Sezione RC Professionale

Dati del Proponente/Assicurato (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	CODICE FISCALE*	PROFESSIONE SANITARIA O SOCIOSANITARIA *
-----------------	-----------------	--

1. Precedenti Assicurativi Del Proponente/Assicurato

Indicare se è mai stato rifiutato il rinnovo di una polizza per la Responsabilità Civile Professionale da parte di una Compagnia Assicurativa (CONTRASSEGNARE CON UNA X):

- SI, breve descrizione (Compagnia, Polizza es.: _____)
- NO

2. Sinistri Progressi (PER CIASCUN SINISTRO COMPILARE UN ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)

2.1. GARANZIA BASE COLPA GRAVE - Responsabilità Civile Professionale per colpa grave

Indicare se l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile per colpa grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, con sentenza dell'Autorità competente o sia intervenuta definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti o transazione stragiudiziale:

- SI NO

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la Polizza.

2.2. GARANZIA BASE - Responsabilità Civile Professionale verso terzi

Il Proponente/Assicurato, negli ultimi 5 (cinque) anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento - per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

- Nessuno 1 Sinistro 2 Sinistri Più di 2 Sinistri (indicare quante Richieste di Risarcimento): _____

Data evento/prestazione/intervento: _____

Data ricezione dell'atto/notifica: _____

Prestazione/intervento: _____

Ruolo svolto dal Proponente/Assicurato: _____

Altro personale sanitario o sociosanitario coinvolto:

(nome e ruolo) _____

Dove è avvenuto l'evento/prestazione/intervento (Struttura /studio professionale): _____

Età del danneggiato: _____

- Lesioni, grado di invalidità: _____% Decesso Danno patrimoniale (Perdite Patrimoniali)

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Soggetti destinatari della Richiesta di Risarcimento:

- Proponente/Assicurato Struttura Altro personale

Modalità attraverso la quale il Proponente/Assicurato è giunto a conoscenza della Richiesta di Risarcimento:

- Richiesta risarcimento / istanza di mediazione/atto di citazione/chiamata in causa da parte del terzo danneggiato (o aventi causa)
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Artt. 696 e 696 bis c.p.c
- Costituzione di Parte Civile in un procedimento penale
- Azione diretta del terzo danneggiato (o aventi causa)
- Chiamata in causa da parte della Struttura sanitaria

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 Gruppo

di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)



AmTrust Assicurazioni

Questionario di Raccolta Dati

Ammontare del danno richiesto : _____

Stato del Sinistro:

- Procedimento civile in corso
 Procedimento civile concluso con addebito di responsabilità
 Procedimento civile concluso senza addebito di responsabilità
 Procedimento civile impugnato, grado di giudizio: _____
 Transazione

Importo risarcito: € _____

3. **Fatti Noti** (PER CIASCUN FATTO NOTO COMPILARE UN ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)

Il Proponente/Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti Noti" - così come definiti nel Glossario - dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

- Nessuno 1 Fatto Noto 2 Fatti Noti Più di 2 Fatti Noti (indicare quanti Fatti Noti): _____

Data evento/prestazione/intervento: _____

Data presa conoscenza del Fatto Noto: _____

Indicare la tipologia di Fatto Noto:

- Il **primo atto di inchiesta penale** di cui venga a conoscenza l'Assicurato ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite della Polizia Giudiziaria

- Querela Avviso conclusione indagini preliminari Avviso di garanzia Altro _____

Se in corso un processo penale, indicarne:

Imputazione: _____

Stato e grado del giudizio: _____

Numero procedimento _____

- Notizie di pubblico dominio** risultanti da un qualunque mezzo di informazione e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Assicurato atte a generare una Richiesta di Risarcimento;

Riportare una breve descrizione del Fatto Noto:



Questionario di Raccolta Dati

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omissso 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 _____

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 _____



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.

