AMTRUSTColpagrave

Extra

# QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI
## Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

***Dati del Contraente*** **(*CAMPI OBBLIGATORI)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE* | SESSO* M ☐ F ☐ | 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 ☐ F ☐ | 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 | |

***Data di decorrenza della Polizza:*** ___/___/_____

### 1. *Frazionamento del Premio*

Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelto:

☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Trimestrale

### 2. *Altre coperture attive per il medesimo rischio*

Indicare se esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza:

☐ Sì ☐ No

**AVVERTENZA:** In caso di risposta affermativa, indicare l'Impresa di assicurazione con cui è stato sottoscritto il contratto assicurativo: _____

### 3. *Qualifiche e Garanzie*

È possibile selezionare una o più opzioni sotto riportate, nel limite delle seguenti combinazioni: **A / B / C / A+B**

☐ A) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO
**Garanzia Base I (Colpa Grave) – Dipendente Pubblico**

☐ B) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO
**Garanzia Base I (Colpa Grave) – Dipendente Privato**

☐ C) SPECIALIZZANDO
**Garanzia Base I e II – Specializzando (Pubblico e/o Privato)**

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

**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)

# QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI
## Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

### 4. *Categoria di rischio*

Indicare la Categorie di rischio che l'Assicurato svolge:

**A) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO**
**Se selezionato "A" al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie:**
Può essere selezionata solo una Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "*X*".
***Avvertenza:***
***La Categoria di Rischio con cod. 01 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 02***

| DIPENDENTE PUBBLICO | | MASSIMALE PER SINISTRO E PER PERIODO DI ASSICURAZIONE | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COD** | **CATEGORIA DI RISCHIO** | **1.000.000** | **2.000.000** | **3.000.000** | **5.000.000** |
| **01** | Dirigente medico **inclusa** attività di Ginecologia e ostetricia | | | | |
| **02** | Dirigente medico **esclusa** attività di Ginecologia e ostetricia | | | | |

**B) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO**
**Se selezionato "B" al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie:**
Può essere selezionata solo una Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "*X*".
***Avvertenza:***
***La Categoria di Rischio con cod. 03 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 04***

| DIPENDENTE PRIVATO | | MASSIMALE PER SINISTRO E PER PERIODO DI ASSICURAZIONE | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COD** | **CATEGORIA DI RISCHIO** | **1.000.000** | **2.000.000** | **3.000.000** | **5.000.000** |
| **03** | Dirigente medico **inclusa** attività di Ginecologia e ostetricia | | | | |
| **04** | Dirigente medico **esclusa** attività di Ginecologia e ostetricia | | | | |

**C) SPECIALIZZANDO**
**Se selezionato "C" al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie:**
Può essere selezionata solo la Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "*X*".

| SPECIALIZZANDO | | MASSIMALE PER SINISTRO E PER PERIODO DI ASSICURAZIONE | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COD** | **CATEGORIA DI RISCHIO** | **1.000.000** | **2.000.000** | **3.000.000** | **5.000.000** |
| **05** | Specializzando | | | | |

### 5. *Retroattività*

È necessario indicare un solo periodo di retroattività che verrà esteso a tutte le garanzie di Polizza:

☐ 10 anni ☐ illimitata

### 6. *Condanne 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:

☐ Sì ☐ No

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

# QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI
## Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

### 7. *Licenziamento per giusta causa*

**Se selezionata una tra le opzioni A) e/o B) al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie**, indicare se l'Assicurato, negli ultimi 5 (cinque) anni, ha subito licenziamento per giusta causa connessa all'attività professionale di Dipendente Pubblico o Dipendente Privato che si intende assicurare con la presente Polizza:

☐ Sì ☐ No

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

### 8. *Garanzie Aggiuntive Opzionali a pagamento (facoltative ad integrazione di quanto selezionato)*

**Selezionare le Garanzie Aggiuntive Opzionali che si intende acquistare:**

☐ **Dipendente Pubblico Plus**

- ✓ Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile
- ✓ Condanna in solido con la Struttura in sede civile
- ✓ Condanna al pagamento di provvisionale in sede penale

**AVVERTENZA (1):** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad € 500.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.
**AVVERTENZA (2):** la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" al precedente punto 4).

☐ **Pregressa attività da Dipendente Privato**

**AVVERTENZA (1):** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad € 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.
**AVVERTENZA (2):** la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" al precedente punto 4).

☐ **Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali**

**AVVERTENZA (1):** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad € 200.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.
**AVVERTENZA (2):** la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" e/o "B" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" o "Cod. 03" o "Cod. 04" al precedente punto 4).

☐ **Altre Perdite Patrimoniali**

**AVVERTENZA (1):** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad € 200.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.
**AVVERTENZA (2):** la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" e/o "B" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" o "Cod. 03" o "Cod. 04" al precedente punto 4).

☐ **Attività compatibili con la Scuola di Specializzazione**

**AVVERTENZA (1):** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad € 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.
**AVVERTENZA (2):** la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "C" al precedente punto 3) e "Cod. 05" al precedente punto 4).
**AVVERTENZA (3):** qualora selezionata la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, è necessario indicare se negli ultimi 5 (cinque) anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento tese ad accertare la responsabilità dell'Assicurato:

☐ Sì ☐ No

**AVVERTENZA (4):** in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

**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)

AMTRUSTColpagrave

Extra

# QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI
## Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

☐ **Attività accessorie – Responsabilità Civile**

**AVVERTENZA (1):** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimite pari ad € 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.
**AVVERTENZA (2):** la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" e/o "B" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" o "Cod. 03" o "Cod. 04" al precedente punto 4).
**AVVERTENZA (3):** qualora selezionata la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, è necessario indicare se negli ultimi 5 (cinque) anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento tese ad accertare la responsabilità dell'Assicurato:

☐ Sì ☐ No

**AVVERTENZA (4):** in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

### 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*_____

### 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. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali, l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e 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. 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.

*Firma del Proponente/Assicurando*

_____, li _____ _____

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

**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)