

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)

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

4. Categoria di rischio

Indicare la Categoria 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 provvisoria in sede penale

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito 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 Sottolimito 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 Sottolimito 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 Sottolimito 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 Sottolimito 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.

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 Sottolimito 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 ricorrano 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 _____
