

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

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) **Indicare l'Attività che il potenziale Contraente svolge o ha svolto negli ultimi 10 anni e la Qualifica ricoperta (Dipendente Pubblico, Dipendente Privato, Libero Professionista). È necessario contrassegnare con una "X" le Attività svolte e le Qualifiche ricoperte.**

AVVERTENZA: è prevista solo la Retroattività di 10 (dieci) anni.

AVVERTENZA: possono essere selezionate al massimo 3 Attività svolte e al massimo 3 Qualifiche ricoperte

| Attività | Dipendente Pubblico | Dipendente Privato | Libero Professionista |
|------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE | | | |
| assistente di studio odontoiatrico | | | |
| assistente sanitario | | | |
| assistente sociale | | Non vendibile | Non vendibile |
| biologo (con fecondazione assistita) | | | |
| biologo (senza fecondazione assistita) | | | |
| chimico | | | |
| chiropratico | | | |
| dietista | | | |
| educatore professionale | | | |
| farmacista nutrizionista | | | |
| farmacista | | | Non vendibile |
| fisico | | | |
| fisioterapista | | | |
| igienista dentale | | | |
| infermiere pediatrico/vigilatrice d'infanzia | | | |

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

| Attività | Dipendente Pubblico | Dipendente Privato | Libero Professionista |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE | | | |
| infermiere professionale | | | |
| ingegnere biomedico | | | |
| ingegnere clinico | | | |
| logopedista | | | |
| massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici | | | |
| massofisioterapista | | | |
| odontotecnico | | | X |
| operatore sociosanitario (oss/osa/asa/ota/osss) | | | |
| ortottista e assistente di oftalmologia | | | |
| osteopata | | | |
| ostetriche | | | |
| ottico | | | |
| podologo | | | |
| psicologo | | | |
| puericultrice | | | |
| tecnico audiometrista | | | |
| tecnico audioprotesista | | | |
| tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro | | | |
| tecnico della riabilitazione psichiatrica | | | |
| tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare | | | |
| tecnico di neurofisiopatologia | | | |
| tecnico ortopedico | | | |
| tecnico sanitario di laboratorio biomedico | | | |
| tecnico sanitario di radiologia medica | | | |
| terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | | | |
| terapista occupazionale | | | |

2) *Il Proponente/Assicurato ricopre anche una delle seguenti Qualifiche Direttive? In caso affermativo contrassegnare con una X*

AVVERTENZA: l'acquisto della Qualifica Direttiva determinerà un incremento del premio.

| QUALIFICHE DIRETTIVE | X |
|-----------------------------------------------------------------------------|---|
| Coordinatore | |
| Direttore di Struttura Semplice/Complessa - Direttore professioni sanitarie | |

3) *Il Proponente/Assicurato intende usufruire di una od entrambe le seguenti Estensioni di Garanzia? In caso affermativo contrassegnare con una X*

AVVERTENZA: l'estensione Medical Device è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione (tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico, podologo, ottico, odontotecnico).

AVVERTENZA: l'estensione Perdite Patrimoniali è acquistabile solo per i soggetti indicati all'Art. 27 delle Condizioni di Assicurazione che rivestono la qualifica di coordinatore e/o Direttore di Struttura Semplice/Complessa - Direttore professioni sanitarie.

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

AVVERTENZA: l'acquisto dell'estensione di garanzia determinerà un incremento del premio.

| ESTENSIONI DI GARANZIA | X |
|------------------------|---|
| Medical Device | |
| Perdite Patrimoniali | |

4) Indicare il Massimale per Sinistro richiesto

AVVERTENZA: Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede l'esercente attività libero professionale, in adempimento di un'obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente, un massimale per sinistro non inferiore ad € 1.000.000,00 e per gli esercenti la professione sanitaria che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto un massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro, la Società invita ad acquistare un Massimale per Sinistro conforme.

Indicare il Massimale* richiesto tra:

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000

*Per le Attività svolte Assicurate con Qualifica "libero professionista", il Massimale per Periodo di Assicurazione (incluso il caso di Serie di Sinistri) è pari a € 3.000.000,00 (tre milioni) e ad € 6.000.000,00 (sei milioni) per l'attività anestesiologicala e parto.

5) Sinistrosità

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: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente dovrà compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 9) Si precisa che in presenza di Sinistri pregressi, negli ultimi 5 (cinque) anni, la Compagnia si riserva di effettuare una quotazione ad hoc prevedendo una maggiorazione del Premio.

6) Altre coperture attive con altri Assicuratori per il medesimo rischio

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 assicurabili con la presente Polizza?

NO SI

Se SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

| IMPRESA ASSICURATRICE | NUMERO DI POLIZZA | DATA DECORRENZA POLIZZA | DATA SCADENZA POLIZZA |
|-----------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|
| | | | |

7) Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

NO SI

8) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

9) Sinistrosità dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta affermativa ad almeno una delle richieste del punto 5) del presente Questionario

Specifiche di dettaglio del sinistro di cui al punto 5) del presente Questionario.

1) Indicare la data e la precisa modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c.
- Notifica all'Assicurato di un atto con cui un Terzo si costituisca Parte Civile in un procedimento penale
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Comunicazione con la quale la Struttura Sanitaria, di cui l'Assicurato si avvale nell'adempimento della propria obbligazione assunta con il paziente, o la sua impresa di assicurazioni si rivale nei confronti dell'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Ammontare del danno richiesto: € _____

Età del danneggiato: _____

2) Sono stati coinvolti altri soggetti:

- l'Azienda Ospedaliera/Clinica è destinataria della richiesta di risarcimento danni / atto di chiamata in causa contestualmente al medico proponente: _____
- Altro medico: _____

3) Riportare una descrizione dell'evento:

- lesioni; grado di invalidità: _____ %
- decesso
- danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Assicurato: _____

4) Stato procedimento Civile:

Indicare se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della presente scheda:

- In corso
- Concluso con addebito di responsabilità
- Concluso senza addebito di responsabilità
- Procedimento impugnato; Grado di giudizio: _____
- Transazione

Importo risarcito: € _____

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

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ed Amministrativa per Esercenti Professioni Sanitarie, Socio-Sanitarie, non mediche, dipendenti o convenzionati di Strutture Sanitarie/Socio-Sanitarie, Pubbliche o Private, e/o Liberi Professionisti

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 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il 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'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. 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 e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 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 all'Autorità italiana, il Garante Privacy, 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
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)