

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

Dati dell'Aderente/Assicurato (*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) Relativamente alla qualifica di Dipendente Pubblico, Dipendente Privato o di Specializzando, indicare la Categoria di rischio che l'Aderente/Assicurato svolge o ha svolto negli ultimi 10 anni (è necessario contrassegnare con una "X" l'Attività a maggiore rischio)

Avvertenza:

È prevista solo la Retroattività di 10 (dieci) anni.

Le combinazioni delle Qualifiche che possono essere selezionate, sono le seguenti:

- Solo Dipendente Pubblico
- Solo Dipendente Privato
- Solo Medico Specializzando
- Dipendente Pubblico/Privato

Qualifica di Dipendente Pubblico: può essere selezionata solo una Categoria di Rischio contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
01	Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)				
02	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva				
03	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva				

Qualifica di Dipendente Privato: può essere selezionata solo una Categoria di Rischio contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
04	Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)				
05	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva				
06	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva				

Qualifica di Medico Specializzando: selezionare il Massimale scelto contrassegnandolo con una "X".

SPECIALIZZANDO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
07	Medico in formazione specialistica/specializzando				

2) Condanne per "Colpa Grave"

Indicare se l'Aderente/Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, al pagamento di un importo complessivo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

NO SI

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

3) 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'Aderente/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

4) Precedenti assicurativi dell'Aderente/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'Aderente/Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

NO SI

5) Licenziamento per giusta causa

L'Aderente/Assicurato, negli ultimi 5 anni, limitatamente all'Attività svolta in qualità di Dipendente pubblico o Dipendente privato, ha subito il licenziamento per giusta causa da parte del datore di lavoro?

NO SI

6) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

L'Aderente/Assicurato, 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 ___/___/___

L'Aderente/Assicurato _____

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 ___/___/___

L'Aderente/Assicurato _____



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)

SOTTOSCRIZIONE DELL'ASSICURATO

Ricevuta dell'assicurato, relativa alla consegna della informativa precontrattuale -Assicurato

COGNOME E NOME			
VIA N.°	LOCALITA'/COMUNE	PROVINCIA-	C.A.P.

In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data _____ / _____ / _____ L'Assicurato _____



CONSENSO AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Il sottoscritto dichiara **dichiara** di aver acquisito e compreso tutte le informazioni sul trattamento dei dati personali che lo riguardano, come da informativa resami disponibile ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, consapevole che la manifestazione del consenso all'effettuazione dei trattamenti dei dati personali da parte del Titolare del trattamento, per le finalità riconducibili ad obblighi di legge e contrattuali di cui ai punti 1, 2, 3 e 4 dell'informativa stessa, non é necessaria ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. b) e c) del Regolamento UE 2016/679.

Data: _____ L'INTERESSATO _____



Inoltre, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016

dichiara

di
acconsentire

al trattamento dei propri dati appartenenti alle categorie particolari di dati personali (relativi alla salute, che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale) per finalità di trattativa precontrattuale, emissione e gestione della polizza, ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento UE 2016/679 (consenso obbligatorio).

ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. a) e dell'art. 9 par. 2 lett.a) del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016

dichiara

di
acconsentire

alla comunicazione dei propri dati personali ad altri Soggetti del settore assicurativo per ricercare le coperture dei rischi idonee e negoziare con le Compagnie assicurative, ai sensi dell'art. 6 par. 1 lett. a) e dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento UE 2016/679 (consenso obbligatorio).

dichiara

di
acconsentire

di non
acconsentire

al trattamento dei propri dati personali per finalità di promozione e informazione commerciale

di
acconsentire

di non
acconsentire

alla comunicazione dei propri dati personali per finalità di promozione e informazione commerciale a Soggetti terzi;

vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione prevista dalla legge.

Data: _____ L'INTERESSATO _____



DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI TELEMATICI

Il sottoscritto _____

C.F. _____ autorizza CABI Broker ad adottare le modalità indicate dagli art. 61 "Modalità dell'Informazione", art. 62 "Utilizzo della firma elettronica avanzata, della firma elettronica qualificata e della firma digitale" del Regolamento IVASS n.40 2 Agosto 2018, art. 10 "Trasmissione della documentazione", art. 11 "Documento informatico", Regolamento n. 34 del 19 Marzo 2010, nonché ad adottare altri strumenti telematici, tra cui quanto indicato all'art. 120 quater "Modalità dell'informazione" comma 2 e comma 5 del Codice delle Assicurazioni Private, per tutte le comunicazioni con il cliente e per la consegna ed il perfezionamento di tutta la documentazione riferita all'incarico con il Broker, tra cui quanto previsto dagli art. 56, 58, 59 del Regolamento IVASS n. 40 2 Agosto 2018, nonché per attività commerciali e promozionali anche ai di fuori del medesimo incarico.

Conferma, altresì, di avere trasmesso a CABI le informazioni necessarie per le suddette operazioni tramite la compilazione e sottoscrizione del "Modulo di Adesione a polizza collettiva RESPONSABILITA' CIVILE AMMINISTRATIVA - COLPA GRAVE".

Il sottoscritto, inoltre, dichiara di essere stato informato che la presente autorizzazione all'utilizzo di strumenti telematici è revocabile in qualunque momento e che tale revoca potrà comportare l'applicazione a mio carico di un contributo per la stampa su supporto cartaceo e spedizione della documentazione in formato non elettronico.

Data: _____

L'INTERESSATO _____

CABI Broker di Assicurazioni s.r.l.

Sede Legale e Operativa di Padova
35127 Padova - via Vigonovese, 115
tel. 049 8700638 - fax 049 8703829

Sede Operativa di Bergamo
24121 Bergamo via T. Tasso, 79
tel. 035 226417 - fax 035 235580

R.I. di PD 27097 - CCIAA PD 203155
Numero Iscrizione R.U.I.: B000064108
C.F. 01112130263 - P.I. 02094430283