

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 dell'Aderente/Assicurato (*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	

1) **Indicare l'Attività che il potenziale Aderente/Assicurato 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			
infermiere professionale			
ingegnere biomedico			
ingegnere clinico			
logopedista			
massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici			
massofisioterapista			
odontotecnico			
operatore sociosanitario (oss/osa/asa/ota/osss)			

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
An AmTrust Financial Company

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			
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) **L'Aderente/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) **L'Aderente/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.

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

ESTENSIONI DI GARANZIA	X
Medical Device	
Perdite Patrimoniali	

4) **Indicare il Massimale Richiesto**

Indicare il Massimale richiesto tra:

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000

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
An AmTrust Financial Company

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

5) Sinistrosità

Indicare se sono state avanzate Richieste di Risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la Responsabilità civile dell'Aderente/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 Aderente/Assicurato 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'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

7) 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

8) Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

9) Sinistrosità dell'Aderente/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'Aderente/Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- Richiesta risarcimento danni
- Atto di Citazione o chiamata in causa dell'Aderente/Assicurato per fatto colposo o errore od omissione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Notifica all'Aderente/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'Aderente/Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Aderente/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: _____

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
An AmTrust Financial Company

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

Altro medico: _____

3) Riportare una descrizione dell'evento:

lesioni; grado di invalidità: _____%

decesso

danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'Aderente/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 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 _____

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 è 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