

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Dati del Contraente / Assicurato (*CAMPI OBBLIGATORI)

RAGIONE SOCIALE*				
INDIRIZZO SEDE LEGALE*	LOCALITÀ/COMUNE*	C.A.P.*	PROVINCIA*	NAZIONE*
PARTITA I.V.A.*	CODICE FISCALE*		ULTIMO FATTURATO*	
RECAPITO TELEFONICO*	E-MAIL*		PEC*	

Data di decorrenza della Polizza: ___/___/___

Dati delle sedi assicurate

Il Contraente, oltre alla Sede Legale, intende assicurare tutte le sedi dove svolge la propria attività? SI NO

In caso di risposta negativa, indicare solo le Sedi che si intende assicurare:

Indirizzo	Città	Provincia	CAP

Altre Società Assicurate

Il Contraente intende assicurare Società ad esso controllate e/o collegate? SI NO

In caso di risposta positiva, indicare le Società controllate e/o collegate che intende assicurare:

Ragione sociale	Partita Iva	Indirizzo	Città	Provincia	CAP

MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL PRESENTE QUESTIONARIO

Ai fini di una corretta compilazione del presente Questionario, si premette quanto segue:

- la Garanzia Base **Responsabilità Civile e Professionale presso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Verso Prestatori di lavoro (RCO)** è sempre inclusa;
- è necessario valorizzare un solo **Massimale di Polizza (punto 1)** per periodo assicurativo. L'importo selezionato è la massima esposizione economica della Società, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati;
- è necessario valorizzare un solo **Periodo di Retroattività (punto 2)** che verrà esteso a tutte le garanzie di Polizza;
- l'Assicurazione garantisce esclusivamente le **Attività Svolte** selezionate dal Contraente, tra quelle elencate nei **Gruppi di Attività (punto 5)**;
- è possibile acquistare **Attività Svolte** presso **Gruppi di Attività** differenti;



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 per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

• le **garanzie aggiuntive (punto 6)** eventualmente selezionate hanno validità esclusivamente in relazione alle **Attività Svolte** acquistate.

1) MASSIMALE DI POLIZZA

Selezionare un solo **Massimale di Polizza*** tra i seguenti importi:

1.000.000,00 €	2.000.000,00 €	3.000.000,00 €	5.000.000,00 €

* L'importo del Massimale di polizza si intende per Periodo di Assicurazione, per singolo sinistro e per Serie di sinistri

2) RETROATTIVITÀ DI POLIZZA

AVVERTENZA: con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi in cui l'Assicurato sia al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

Indicare il periodo di Retroattività richiesta:

No retro	1 anno	2 anni	3 anni	4 anni	5 anni	6 anni	7anni	8 anni	9 anni	10 anni	illimitata

3) SINISTROSITÀ DELL'ASSICURATO

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 (1): in caso di risposta affermativa per un numero di sinistri inferiore o uguale a 2, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo **Allegato1 "Sinistri pregressi"**

AVVERTENZA (2): in caso di un numero di sinistri superiore a 2 è necessario contattare la Direzione

AVVERTENZA (3): in caso di un numero di sinistri complessivamente superiore a 10 il prodotto "Istituti clinici" non sarà acquistabile. Si invita a contattare la Direzione per trovare la soluzione adatta alle sue esigenze.

4) FRANCHIGIA FACOLTATIVA

AVVERTENZA: solo qualora non siano presenti sinistri pregressi (vedere precedente punto 3) è possibile selezionare una delle seguenti franchigie frontali, che verrà applicata su ogni sinistro denunciato.

La scelta dell'applicazione di una franchigia comporta una diminuzione della tariffa.

IMPORTO FRANCHIGIA	SELEZIONE FRANCHIGIA
€ 2.500,00	
€ 5.000,00	
€ 10.000,00	
€ 15.000,00	
€ 20.000,00	
€ 25.000,00	



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 per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

5) GRUPPI DI ATTIVITA'

GRUPPO 1 - ATTIVITA' DI ODONTOIATRIA

AVVERTENZA: sono sempre comprese le attività complementari di radiodiagnostica orale.

- Presso lo Studio Odontoiatrico viene svolta l'anestesia incosciente? SI NO

Indicare nella seguente tabella il numero di "prestazioni" che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente (valorizzare le prestazioni relative esclusivamente alle attività effettivamente svolte).

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° PRESTAZIONI
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia altre tecniche	
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia osteointegrata	
Visite	Odontoiatria / stomatologia senza implantologia	
Invasiva	Ortodontista	
Visite	Igienista dentale	

GRUPPO 2 - ATTIVITA' DI RADIOLOGIA

AVVERTENZA: qualora venisse svolta l'attività di Radiologia interventistica e neuroradiologia compilare il Gruppo 8.

Indicare nella seguente tabella il numero degli "Esami letti" che vengono eseguiti annualmente presso e per conto della Struttura Contraente (valorizzare gli "Esami letti" relativi esclusivamente alle attività effettivamente svolte).

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° ESAMI LETTI
Visite	Radiodiagnostica (no mammografia)	
Visite	Radiodiagnostica con mammografia, TAC, RM.	
Visite	Medicina nucleare	

GRUPPO 3 - ATTIVITA' DI LABORATORIO DI ANALISI

L'attività di "Test" viene svolta in maniera prevalente da enti terzi?

- SI, dichiarare il N° PRELIEVI annui
- NO, dichiarare il N° TEST annui

In base alla risposta alla domanda precedente, indicare nella seguente tabella il numero dei "prelievi" o "test" che vengono eseguiti annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.



QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° PRELIEVI	N° TEST
Visite	Patologia clinica (compresa Biochimica clinica)		

GRUPPO 4 - ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI GINECOLOGIA E DI FECONDAZIONE ASSISTITA

Attività ambulatoriale di ginecologia e ostetricia

Indicare nella seguente tabella il numero di "Prestazioni":

- di "Ginecologia ambulatoriale" (visite di ginecologia ~~e/o~~ ostetricia)
- di "Ginecologia ~~con~~ ostetricia ambulatoriale e biopsie" (biopsie, polipi, condilomi, amniocentesi, etc) che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° PRESTAZIONI
Visite	Ginecologia ambulatoriale	
Invasiva	Ginecologia con ostetricia ambulatoriale e biopsie (biopsie, polipi, condilomi, amniocentesi, etc.)	

Attività di fecondazione assistita

Indicare nella seguente tabella il numero di "Prestazioni":

- di "Ginecologia ambulatoriale" (procedure di inseminazione di primo livello e visite di fecondazione assistita, compresa andrologia)
- di "Ginecologia fecondazione assistita" (procedure di raccolta degli ovuli e procedure di inseminazione di secondo e terzo livello)
- di Ginecologia con "Genetica medica" (test di diagnosi genetica pre-impianto e test di diagnosi genetica di immunologia riproduttiva) che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° PRESTAZIONI
Visite	Ginecologia ambulatoriale (procedure di inseminazione di primo livello e visite di fecondazione assistita, compresa andrologia)	
Invasiva	Ginecologia con fecondazione assistita (procedure di raccolta degli ovuli e procedure di inseminazione di secondo e terzo livello)	
Test	Genetica medica (test di diagnosi genetica pre-impianto e test di diagnosi genetica di immunologia riproduttiva)	

GRUPPO 5 - ATTIVITÀ AMBULATORIALE NON CHIRURGICA E NON INVASIVA E ATTIVITÀ DI FISIOTERAPIA

AVVERTENZA (1): eventuali attività di Medicina del lavoro e/o Medicina legale devono essere indicate nel numero totale delle prestazioni annue dell'Attività svolta "Visite senza interventi chirurgici e senza accertamenti diagnostici invasivi".

AVVERTENZA (2): qualora la Struttura svolga l'attività di:

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

- Odontoiatria, è necessario compilare il gruppo 1
- Radiologia e medicina nucleare, è necessario compilare il gruppo 2
- Analisi di laboratorio, è necessario compilare il gruppo 3
- Ginecologia e fecondazione assistita, è necessario compilare il gruppo 4
- Medicina estetica, è necessario compilare il gruppo 8

Indicare il numero delle prestazioni non invasive che vengono effettuate annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° PRESTAZIONI
Visite	Visite senza interventi chirurgici e senza accertamenti diagnostici invasivi	
Visite	Fisioterapia, medicine non convenzionali e altre terapie fisiche non mediche	

GRUPPO 6 - ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALE PRESSO LA STRUTTURA CHE PREVEDE LA DEGENZA NOTTURNA E/O GLI ACCESSI GIORNALIERI

AVVERTENZA: qualora la Struttura preveda la degenza notturna, non sarà necessario che vengano indicati gli accessi diurni in quanto compresi nella copertura assicurativa.

Se la Struttura prevede la **degenza notturna**, indicare il numero dei "posti letto" che vengono occupati annualmente presso la Struttura.

ATTIVITÀ SVOLTA	N° POSTI LETTO
Riabilitazione	
Psichiatria	
Anziani non autosufficienti	
Anziani autosufficienti	
Disabilità	
Terminale e coma	
Dipendenze e/o disturbi alimentari	

Se la Struttura **non prevede la degenza notturna** indicare il numero degli "Accessi diurni" effettuati annualmente presso la Struttura.

ATTIVITÀ SVOLTA	N° ACCESSI DIURNI COMPLESSIVI ANNUI
Socioassistenziale diurna	

GRUPPO 7 - ATTIVITÀ SOCIOASSISTENZIALE PRESSO TERZI

Indicare il "numero degli "Addetti del comparto/medici" (Personale medico - esclusivamente visite di geriatria, oncologia, medicina generale) di cui si avvale la Struttura per svolgere le attività socioassistenziali presso terzi.

TIPOLOGIA ADDETTO COMPARTO/MEDICI	N° ADDETTI COMPARTO
Infermiere professionale	

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Operatore sociosanitario (OSA, OTA, OSS)	
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e tecnico della riabilitazione psichiatrica	
Sociologo	
Psicologo	
Educatore professionale	
Osteopata e Chiropratico	
Ostetriche (escluse attività ostetrica a domicilio ove non supervisionata da un medico)	
Altre figure professionali sanitarie non mediche	
Personale medico (esclusivamente visite di geriatria, oncologia, medicina generale)	

GRUPPO 8 - ATTIVITÀ AMBULATORIALE INVASIVA E CHIRURGICA, CON O SENZA DEGENZA NOTTURNA

Avvertenza: solo in questo Gruppo è possibile assicurare l'attività di Medicina Estetica non chirurgica e non invasiva.

Degenza notturna

Solo se la Struttura prevede degenza notturna, indicare il numero dei "Posti letto" che vengono occupati mediamente in un anno

ATTIVITA' SVOLTA	N° POSTI LETTO
Assistenza notturna per degenti in posti letto acuti	

Attività chirurgiche e invasive

Indicare nella seguente tabella il numero di "Prestazioni" che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente (valorizzare esclusivamente le prestazioni relative alle attività effettivamente svolte da Personale Dipendente, Convenzionato e in regime libero professionale).

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA	N° PRESTAZIONI
Chirurgica	Andrologia	
Invasiva	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	
Chirurgica	Angiologia e flebologia	
Invasiva	Angiologia e flebologia (chirurgia minore)	
Chirurgica	Cardiochirurgia	
Chirurgica	Cardiologia interventistica	
Chirurgica	Chirurgia d'urgenza e 118	
Chirurgica	Chirurgia della mano	
Chirurgica	Chirurgia estetica plastica	
Chirurgica	Chirurgia generale (compresa addominale)	
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (no chirurgia estetica)	
Chirurgica	Chirurgia ricostruttiva	
Chirurgica	Chirurgia toracica	
Chirurgica	Chirurgia vascolare	
Invasiva	Dermatologia/venereologia (chirurgia minore)*	
Invasiva	Ematologia	
Chirurgica	Endocrinochirurgia	



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 per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Chirurgica	Gastroenterologia	
Invasiva	Gastroenterologia con endoscopia digestiva	
Chirurgica	Ginecologia con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)	
Invasiva	Malattie infettive e tropicali	
Invasiva	Medicina d'urgenza e 118	
Visite	Medicina estetica	
Invasiva	Medicina estetica	
Invasiva	Medicina generale - Medico di Famiglia	
Invasiva	Medicina interna	
Chirurgica	Nefrologia	
Invasiva	Nefrologia con Dialisi	
Chirurgica	Neurochirurgia	
Invasiva	Neurologia	
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (compresa attività estetica)	
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (esclusa attività estetica)	
Chirurgica	Oncologia e senologia	
Invasiva	Ortopedia (chirurgia minore)*	
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
Chirurgica	Pediatria senza neonatologia	
Invasiva	Pediatria senza neonatologia (chirurgia minore)*	
Invasiva	Pneumologia	
Invasiva	Radiologia interventista e neuroradiologia	
Invasiva	Terapia del dolore e cure palliative	
Chirurgica	Urologia	
Chirurgica	Andrologia	

6) GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI A PAGAMENTO (FACOLTATIVE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO SELEZIONATO)

Selezionare le Garanzie aggiuntive opzionali che si intende acquistare:

Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimito di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)	Garanzia acquistata
Direttore sanitario	1.000.000,00	
Danni Patrimoniali	250.000,00	
Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali (*)	Massimale di Polizza	
Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale	Massimale di Polizza	
Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale dipendente e convenzionato	Massimale di Polizza	
Crioconservazione	500.000,00	

(*) **Se selezionata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali"**: Indicare se sono state avanzate Azioni penali nei confronti di soggetti che operano a qualsiasi titolo per conto della Struttura negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO SI

In caso di risposta affermativa, indicare quante Azioni penali: _____

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

AVVERTENZA (1): in caso di risposta affermativa di un numero di Azioni penali **inferiore o uguale a 2**, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo **Allegato 2 “Indagini penali”**

AVVERTENZA (2): in caso di un numero di Azioni penali **superiore a 2** è necessario contattare la Direzione.

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 _____

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 unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo proposto Le in relazione alla Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio. 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 completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento 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)

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Allegato 1 - Sinistri pregressi

I° SINISTRO:

A) Sinistri

Indicare la modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- 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

Stato del sinistro: _____

B) Danneggiato/reclamante

Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Data evento: __/__/____
- Data ricezione dell'Atto/notifica: _____
- Struttura presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del danneggiato: _____
- Importo pagato - riservato: € _____

C) Altri soggetti coinvolti

Indicare se sono stati coinvolti altri soggetti: _____

Riportare una descrizione dell'evento e la fase dell'eventuale procedimento:

- lesioni; grado di invalidità: _____%
- decesso

Ruolo svolto dall'Assicurato _____

II° SINISTRO:

A) Sinistri

Indicare la modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

- 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

Stato del sinistro: _____



QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

B) Danneggiato/reclamante

Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Data evento: __/__/____
- Data ricezione dell'Atto/notifica: _____
- Struttura presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del danneggiato: _____
- Importo pagato - riservato: € _____

C) Altri soggetti coinvolti

Indicare se sono stati coinvolti altri soggetti: _____

Riportare una descrizione dell'evento e la fase dell'eventuale procedimento:

- lesioni; grado di invalidità: _____%
- decesso

Ruolo svolto dall'Assicurato _____



QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Allegato 2 – Indagini penali

I° INDAGINE PENALE

A) Indicare la modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza dell'indagine penale:

- Verbale di identificazione
- Informazione di garanzia
- Querela
- Altro _____

B) Specifiche di dettaglio del procedimento penale

- Data evento: ___/___/___
- Data ricezione dell'Atto/notifica: _____
- Struttura presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del danneggiato: _____
- Altri soggetti coinvolti: _____
- Stato procedimento penale: _____

Riportare una descrizione dell'evento e la fase dell'eventuale procedimento:

- tipologia di lesione _____
- decesso

Ruolo svolto dall'Assicurato _____

II° INDAGINE PENALE

A) Indicare la modalità attraverso la quale l'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza dell'indagine penale:

- Verbale di identificazione
- Informazione di garanzia
- Querela
- Altro _____

B) Specifiche di dettaglio del procedimento penale

- Data evento: ___/___/___
- Data ricezione dell'Atto/notifica: _____
- Struttura presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del danneggiato: _____
- Altri soggetti coinvolti: _____



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 per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

- Stato procedimento penale: _____

Riportare una descrizione dell'evento e la fase dell'eventuale procedimento:

- tipologia di lesione _____
- decesso _____

Ruolo svolto dall'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)

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex art. 58 Reg. IVASS n. 40/2018

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora il Contraente non intenda fornire una o più informazioni dovrà sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste" con la consapevolezza che questo potrebbe pregiudicare la corretta valutazione di adeguatezza del prodotto assicurativo offerto. Qualora il Contraente intendesse sottoscrivere comunque un contratto assicurativo non adeguato dovrà sottoscrivere la "Dichiarazione di volontà di acquisto pur in assenza, anche parziale, di coerenza con le richieste ed esigenze del Contraente".

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Persona Giuridica: Ragione Sociale _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Settore dell'Attività svolta _____
Oggetto sociale _____
Residenza/Sede legale _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____
Fatturato _____

PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

- Obblighi di legge
 Impegni contrattuali
 Assenza di Obblighi di legge
 Assenza impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

- Attività di impresa Attività Extra Lavorativa

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'Attività professionale Sanitaria Sì No
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula **Claims made**, volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività acquistato? Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1 e 2 allora **prodotto non adeguato**

- si necessità di una copertura assicurativa per l'Attività professionale Sanitaria o sociosanitaria? Sì No
 - Se "Sì", per quale tipo di Attività professionale medica?

A. per l'Attività di odontoiatria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
B. per l'Attività di radiologia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
C. per l'Attività di laboratorio analisi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
D. per l'Attività Ambulatoriale di ginecologia e di Fecondazione assistita	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>



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)

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex art. 58 Reg. IVASS n. 40/2018

E. per l'Attività Ambulatoriale non chirurgica e non Invasiva e attività di fisioterapia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
F. Per l'Attività Socioassistenziale, presso la Struttura, che prevede la degenza notturna e/o gli accessi giornalieri	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
G. Per l'Attività Socioassistenziale presso terzi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
H. Per l'Attività Ambulatoriale Invasiva e chirurgica, con o senza degenza notturna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
I. Altro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" al punto 3 allora **prodotto non adeguato**.

Multi selezione possibile tra le lettere: **A + B + C + D + E + F + G + H** del punto 3.1.

Se selezionato "SI" alla lettera **"I. Altro"** del punto 3.1 allora **prodotto non adeguato**.

Per quanto selezionato al punto 3.1, si necessità di una copertura assicurativa che possa prevedere:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 4. un periodo di retroattività? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. più Attività sanitarie svolte contemporaneamente? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. una franchigia? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. l'estensione alla copertura al Direttore Sanitario? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. l'estensione della copertura ai Danni Patrimoniali? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale Dipendente e Convenzionato? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze? SI NO

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un massimale unico per sinistro e per anno e diversi sottolimiti di garanzia per sinistro e per anno? SI NO

Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia o altre, che coprono le necessità assicurative precedentemente valorizzate? SI NO

Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente e raccolte dal Distributore prima della illustrazione della copertura assicurativa, si concorda che il prodotto offerto risulta adeguato alle richieste ed esigenze espresse e condivise. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le caratteristiche del prodotto assicurativo proposto, comprese quelle relative al premio, alla durata, ai massimali, alle prestazioni e limitazioni, esclusioni, scoperti e decadenze ivi previste.

Data

Firma del Distributore

Firma del Contraente

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex art. 58 Reg. IVASS n. 40/2018

Dichiarazione di volontà di acquisto pur in assenza, anche parziale, di coerenza con le richieste ed esigenze del Contraente

(Art. 58, comma 6 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018)

Il Distributore dichiara di aver informato il Contraente delle ragioni, di seguito riassunte, per le quali la proposta assicurativa potrebbe non essere pienamente adeguata alle richieste ed esigenze del Contraente.

MOTIVI DI INADEGUATEZZA: _____

Il Contraente dichiara di voler comunque stipulare il contratto assicurativo.

Data

Firma del Distributore

Firma del Contraente

Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste

(Art. 58, comma 5 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018)

Il Contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che, per tale ragione, la proposta assicurativa potrebbe non essere pienamente adeguata alle richieste ed esigenze del Contraente.

Il Contraente dichiara di voler comunque stipulare il contratto assicurativo.

Data

Firma del Distributore

Firma del Contraente

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Data

Firma del 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)

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Qualora il Contraente non intenda fornire le informazioni il prodotto assicurativo dovrà essere considerato "non adeguato" e pertanto in nessun caso potrà essere offerto ed acquistato dal Contraente.

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Persona Giuridica: Ragione Sociale _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Settore dell'Attività svolta _____
Oggetto sociale _____
Residenza/Sede legale _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____
Fatturato _____

PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

- Obblighi di legge
 Impegni contrattuali
 Assenza di Obblighi di legge
 Assenza impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

- Attività di impresa Attività Extra Lavorativa

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'Attività professionale Sanitaria Sì No
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula **Claims made**, volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività acquistato? Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1 e 2 allora **prodotto non adeguato**

- si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività professionale Sanitaria o sociosanitaria? Sì No

3.1 Se "Sì", per quale tipo di Attività professionale medica?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| A. per l'Attività di odontoiatria | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| B. per l'Attività di radiologia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| C. per l'Attività di laboratorio analisi | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| D. per l'Attività Ambulatoriale di ginecologia e di Fecondazione assistita | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| E. per l'Attività Ambulatoriale non chirurgica e non Invasiva e attività di fisioterapia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| F. Per l'Attività Socioassistenziale, presso la Struttura, che prevede la degenza notturna e/o gli accessi giornalieri | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| G. Per l'Attività Socioassistenziale presso terzi | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| H. Per l'Attività Ambulatoriale Invasiva e chirurgica, con o senza degenza notturna | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| I. Altro | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" al punto 3 allora **prodotto non adeguato**.

Multi selezione possibile tra le lettere: **A + B + C + D + E + F + G + H** del punto 3.1.

Se selezionato "Sì" alla lettera **"I. Altro"** del punto 3.1 allora **prodotto non adeguato**.

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex artt. 58 Reg. IVASS n. 40/2018 e 11 Reg. IVASS n. 45/2020

Per quanto selezionato al punto 3.1, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 4. un periodo di retroattività? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. più Attività sanitarie svolte contemporaneamente? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. una franchigia? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. l'estensione alla copertura al Direttore Sanitario? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. l'estensione della copertura ai Danni Patrimoniali? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale Dipendente e Convenzionato? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze?

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un massimale unico per sinistro e per anno e diversi sottolimiti di garanzia per sinistro e per anno?

Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia o altre, che coprono le necessità assicurative precedentemente valorizzate?

Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente e raccolte dal Distributore prima della illustrazione della copertura assicurativa, il distributore certifica che il prodotto offerto risulta adeguato alle richieste ed esigenze espresse dal Contraente. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le caratteristiche del prodotto assicurativo proposto, comprese quelle relative al premio, alla durata, ai massimali, alle prestazioni e limitazioni, esclusioni, scoperti e decadenze ivi previste.

Data

Firma del Distributore

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Data

Firma del Contraente