

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: ___/___/___

AVVERTENZA: la Garanzia Base **Responsabilità Civile e Professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Verso Prestatori di lavoro (RCO)** è sempre inclusa.

1) MASSIMALE DI POLIZZA

AVVERTENZA: è necessario valorizzare un solo **Massimale di Polizza** per periodo assicurativo. L'importo selezionato è la massima esposizione economica della Società, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati.

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) 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 pari a 10**, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo **Allegato1 "Sinistri progressi"**.

AVVERTENZA (2): qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia pari o superiore a € **18.000,00**, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

AVVERTENZA (3): in caso di un numero di sinistri **superiore a 2** è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

3) FRANCHIGIA FACOLTATIVA

AVVERTENZA: solo qualora non siano presenti sinistri progressi (vedere precedente punto 2) 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.

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

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

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
Responsabilità personale professionale del personale in regime libero professionale	Massimale di Polizza	
Sedazione profonda	Massimale di Polizza	

(*) Se selezionata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Sedazione profonda" rispondere alle seguenti domande:

- Presso lo Studio Odontoiatrico viene svolta la sedazione profonda? SI NO

In caso di risposta affermativa alla precedente domanda, indicare se:

- La sedazione profonda viene svolta da un anestesista professionista SI NO

AVVERTENZA (1): sono sempre comprese le attività complementari di radiodiagnostica orale.

AVVERTENZA (2): in caso di risposta affermativa ad entrambe le domande di cui sopra, si intenderà assicurata anche l'attività di Sedazione profonda. In caso di risposta negativa alla seconda domanda di cui sopra, non è possibile acquistare la 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 _____

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

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 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 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.

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

Indicare l'ammontare totale pagato per la **totalità dei sinistri dichiarati**:

- Minore di € 18.000,00
- Maggiore o uguale a € 18.000,00

Avvertenza: qualora l'ammontare totale pagato per la **totalità dei sinistri dichiarati sia maggiore o uguale a € 18.000,00**, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

I° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Primo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Primo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Primo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

II° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Secondo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Secondo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Secondo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

III° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Terzo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Terzo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Terzo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

IV° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quarto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quarto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Quarto sinistro - Descrizione avvenimento: _____

V° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quinto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quinto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Quinto sinistro - Descrizione avvenimento: _____

VI° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Sesto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Sesto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Sesto sinistro - Descrizione avvenimento: _____



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

VII° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Settimo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Settimo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Settimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

VIII° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Ottavo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Ottavo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Ottavo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

IX° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Nono sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Nono sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Nono sinistro - Descrizione avvenimento: _____

X° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Decimo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Decimo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Decimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____



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)