

## 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](mailto: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](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto: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)