

Questionario di raccolta dati

AVVISO IMPORTANTE

I. Il Contraente si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.

Le dichiarazioni rese dal Contraente o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante. Tali dichiarazioni, in particolare l'**Attività Professionale svolta**, hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il perfezionamento del contratto. Pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.

II. Il presente Modulo deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Contraente.

DATI DEL CONTRAENTE (IL SOGGETTO CHE PAGA IL PREMIO)

COGNOME E NOME	SESSO	CODICE FISCALE		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA DI NASCITA	DATA DI NASCITA		
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ/COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA DI RESIDENZA	CAP	

DATI DELL'ASSICURATO (IL SOGGETTO IL CUI INTERESSE È PROTETTO DALL'ASSICURAZIONE)

Da compilare solo se l'Assicurato è diverso dal Contraente.

COGNOME E NOME	SESSO	CODICE FISCALE		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA DI NASCITA	DATA DI NASCITA		
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LOCALITÀ/COMUNE DI RESIDENZA	PROVINCIA DI RESIDENZA	CAP	

DATI DI POLIZZA RELATIVI ALL'ASSICURANDO

DECORRE DALLE ORE 24:00 DEL	.././....
OPERATIVITA' DELLA COPERTURA PER L'ASSICURATO	H24
FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	<input type="checkbox"/> ANNUALE <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
TACITO RINNOVO	SI
ASSICURAZIONI INFORTUNI ATTIVE CON IL GRUPPO AMT?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI*
IL CONTRAENTE DICHIARA DI APPARTENERE ALLA CATEGORIA PROFESSIONALE DI MEDICO O PERSONALE SANITARIO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

* L'assunzione del rischio è soggetto alla valutazione della Direzione. È comunque necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

Questionario di raccolta dati

OPZIONE DI ACQUISTO

Ogni Assicurando può stipulare una sola Polizza, scegliendo di acquistare una sola tra le seguenti Opzioni. L'Opzione prescelta non potrà variare durante il Periodo di Assicurazione. L'Assicurato potrà apportare variazioni alla sua scelta, in fase di eventuale rinnovo della copertura assicurativa.

Opzione	Morte da Infortunio	Invalità Permanente da Infortunio	3 Virus	Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Diaria giornaliera da Ricovero a seguito di Infortunio	Supervalutazione*	Segnare "SI" qualora si desideri acquistare l'Opzione
Opzione 25	€ 25.000,00	€ 25.000,00	€ 25.000,00	€ 1.000,00	€ 25,00 al dì	€ 25.000,00	<input type="checkbox"/> SI
Opzione 50	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 1.000,00	€ 25,00 al dì	€ 50.000,00	<input type="checkbox"/> SI
Opzione 75	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 75.000,00	€ 1.000,00	€ 25,00 al dì	€ 75.000,00	<input type="checkbox"/> SI
Opzione 100	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 75.000,00	€ 2.500,00	€ 25,00 al dì	€ 100.000,00	<input type="checkbox"/> SI
Opzione 150	€ 150.000,00	€ 150.000,00	€ 75.000,00	€ 2.500,00	€ 50,00 al dì	€ 150.000,00	<input type="checkbox"/> SI
Opzione 200	€ 200.000,00	€ 200.000,00	€ 75.000,00	€ 2.500,00	€ 50,00 al dì	€ 200.000,00	<input type="checkbox"/> SI

*La somma assicurata per la presente garanzia è da intendersi pari alla somma assicurata per il caso Invalità Permanente da Infortunio ma la Società liquiderà unicamente la percentuale prevista dalla relativa tabella (vedi Art. 4, CdA), senza cumulabilità con la garanzia Invalità Permanente da Infortunio.

FRANCHIGIE

Alle Garanzie "Invalità Permanente da Infortunio" e "Diaria giornaliera da Ricovero a seguito di Infortunio" sono applicate le franchigie indicate al paragrafo sottostante.

GARANZIA	FRANCHIGIA
Morte da Infortunio	-
Invalità Permanente da Infortunio	Rischio Professionale 3% relativa
	Rischio Extra – Professionale 5% assoluta
3 Virus	-
Rimborso Spese Mediche	-
Diaria da Ricovero	2 notti

ATTIVITÀ PROFESSIONALI NON ASSICURABILI

Si precisa che non possono essere assicurate con la presente Polizza in qualità di Contraente/Assicurato le persone fisiche che:

- Siano minori di anni 18;
- Siano Persone Giuridiche;
- Abbiano età pari o superiori a 75 anni;
- Non siano residenti in Italia;
- Non svolgano l'Attività Professionale di Medico o Personale Sanitario.

Questionario di raccolta dati

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'ineroperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati **NON** impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione

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 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

Il Contraente

.....

.....

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

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 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

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Professione/Attività lavorativa _____
Residenza _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Professione/Attività lavorativa _____
Residenza _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

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:

Lavorativo Extra Lavorativo Entrambi

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa per gli Infortuni subiti nell'espletamento di attività che abbiano carattere professionale ed extra-professionale? Sì No
- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa avente ad oggetto almeno le seguenti garanzie: Morte da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio e Rimborso spese mediche da Infortunio, 3 Virus, Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio? Sì No
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula **Loss Occurrence**, volta a tenere indenne l'Assicurato per gli Infortuni occorsi durante il Periodo di Assicurazione e purché denunciati entro il termine definito dalle Condizioni di Assicurazione e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge? Sì No
- il potenziale Assicurato ha un'età compresa tra i 18 anni e 74 anni compiuti? Sì No

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

5. Il potenziale Assicurato svolge attualmente un'attività professionale sanitaria? Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1, 2, 3, 4, 5 allora **prodotto non adeguato**.

Per quanto selezionato al punto 2, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

6. L'estensione alla copertura Supervalutazione dell'Invalidità Permanente Totale da Infortunio degli arti superiori, della vista, della voce e dell'udito? Sì No

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze? (se "NO" allora prodotto non adeguato). Sì No

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere Somme Assicurate e Sottolimiti unici per evento e per Periodo di Assicurazione? (se "NO" allora prodotto non adeguato). Sì No

Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia, che coprono le necessità assicurative precedentemente valorizzate? Sì No

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