

## 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 del Contraente (\*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	

### Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (\*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) **Indicare l'Attività che il potenziale Contraente 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
<b>PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE</b>			
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			



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)

## 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
<b>PROFESSIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE NON MEDICHE</b>			
infermiere professionale			
ingegnere biomedico			
ingegnere clinico			
logopedista			
massaggiatore e capo bagnino degli stabilimenti idroterapici			
massofisioterapista			
odontotecnico			
operatore sociosanitario (oss/osa/asa/ota/osss)			
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) *Il Proponente/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) *Il Proponente/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.**

## 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

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

ESTENSIONI DI GARANZIA	X
Medical Device	
Perdite Patrimoniali	

#### 4) Indicare il Massimale per Sinistro richiesto

**AVVERTENZA: Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede l'esercente attività libero professionale, in adempimento di un'obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente, un massimale per sinistro non inferiore ad € 1.000.000,00 e per gli esercenti la professione sanitaria che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto un massimale non inferiore a € 2.000.000,00 per sinistro, la Società invita ad acquistare un Massimale per Sinistro conforme.**

Indicare il Massimale\* richiesto tra:

€ 500.000  € 1.000.000  € 1.500.000  € 2.000.000

\*Per le Attività svolte Assicurate con Qualifica "libero professionista", il Massimale per Periodo di Assicurazione (incluso il caso di Serie di Sinistri) è pari a € 3.000.000,00 (tre milioni) e ad € 6.000.000,00 (sei milioni) per l'attività anestesiologicala e parto.

#### 5) Sinistrosità

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: in caso di risposta affermativa il potenziale Contraente 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'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'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'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'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'Assicurato è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro:

## 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

- 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
- 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'Assicurato per Danni cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'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: \_\_\_\_\_
- Altro medico: \_\_\_\_\_

### 3) Riportare una descrizione dell'evento:

- lesioni; grado di invalidità: \_\_\_\_\_%
- decesso
- danni patrimoniali

Ruolo svolto dall'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 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 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

### 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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](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)

## 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 \_\_\_\_\_  
 Persona Giuridica: Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Professione/Attività lavorativa \_\_\_\_\_  
Oggetto sociale \_\_\_\_\_  
Residenza/Sede legale \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Persona Fisica: Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
 Persona Giuridica: Ragione Sociale \_\_\_\_\_  
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_  
Professione/Attività lavorativa \_\_\_\_\_  
Oggetto sociale \_\_\_\_\_  
Residenza/Sede legale \_\_\_\_\_  
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

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'attività professionale sanitaria non medica svolta? Sì  No
- il potenziale Assicurato è iscritto ad un Ordine/Albo Professionale? 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

3. 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, 2, 3 allora **prodotto non adeguato**

4. si necessita di una copertura assicurativa per l'Attività sanitaria non medica svolta come Dipendente Pubblico/Privato/Libero Professionista?    Sì     No

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" al punto 4 allora **prodotto non adeguato**.

Per quanto selezionato al punto 4, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

5. un periodo di retroattività?                      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 un massimale unico per sinistro e per Periodo Assicurativo.** (se "NO" allora **prodotto non adeguato**).                      Sì     NO

**Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia o altre, 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