

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M F ☐ ☐	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 F ☐ ☐	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. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

2. Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta:☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Trimestrale**3. Iscrizione all'Albo Professionale**

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

☐ NO ☐ Sì**4. 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 ☐ Sì**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.****5. 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 ☐ Sì**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.****6. Si intende assicurare un'attività libero professionale attualmente SVOLTA?**☐ NO ☐ Sì**MINOPOLI**
INSURANCE
BROKER

Questionario di Raccolta Dati

7. Quale tipologia di attività libero professionale SVOLTA si intende assicurare?

- ☐ Aree mediche non chirurgiche
- ☐ Aree mediche chirurgiche

AVVERTENZA: Se selezionato “Aree mediche non chirurgiche”, nella tabella successiva potrà essere selezionata ESCLUSIVAMENTE un’attività non chirurgica e verranno ricomprese in copertura ESCLUSIVAMENTE le attività delle “Aree mediche non chirurgiche” appartenenti al gruppo di rischio uguale e inferiore.

AVVERTENZA: Se selezionato “Aree mediche chirurgiche”, nella tabella successiva potrà essere selezionata ESCLUSIVAMENTE un’attività chirurgica e verranno ricomprese in copertura TUTTE le attività delle “Aree mediche chirurgiche” e delle “Aree mediche non chirurgiche” appartenenti al gruppo di rischio uguale e inferiore.

8. Indicare l’attività libero professionale SVOLTA di maggior rischio che si intende assicurare (è necessario contrassegnare con una “X” l’attività di maggior rischio. È POSSIBILE SELEZIONA ESCLUSIVAMENTE UNA SOLA ATTIVITÀ).

AVVERTENZA: Il gruppo di rischio indica il grado di rischio delle attività, in ordine crescente. Pertanto, il gruppo di rischio 1 corrisponde al gruppo di attività meno rischiose e il gruppo di rischio 43 corrisponde al gruppo di attività più rischiose.

Elenco Attività Assicurate	Gruppo di Rischio	Tipologia Attività	Attività di maggior rischio che si intende assicurare
Medicina termale	1	Non Chirurgiche	
Medicine non convenzionali e osteopatiche - agopuntura			
Medico abilitato non specialista			
Medico di comunità - attività per conto SSN			
Medico di medicina generale - medico di famiglia - attività per conto SSN			
Pediatria di libera scelta - attività per conto SSN			
Scienze dell'alimentazione			
Audiologia e foniatria	2	Non Chirurgiche	
Farmacologia e tossicologia clinica			
Genetica medica			
Microbiologia e virologia			
Patologia clinica e biochimica clinica	3	Non Chirurgiche	
Medicina legale			
Neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile	4	Non Chirurgiche	
Psichiatria			
Psicologia clinica			
Allergologia e immunologia clinica	5	Non Chirurgiche	
Angiologia e flebologia			
Diabetologia e malattie del metabolismo			
Endocrinologia e malattia del ricambio			
Malattie infettive e tropicali			
Oculistica - oftalmologia	6	Non Chirurgiche	
Medicina nucleare	7	Non Chirurgiche	
Diagnostica ecografica internistica	8	Non Chirurgiche	
Epatologia			
Gastroenterologia			
Geriatria			
Medicina d'emergenza-urgenza			
Medicina interna			
Nefrologia			
Pneumologia			
Visite specialistiche preparatorie a chirurgia generale	9	Non Chirurgiche	
Anatomia patologica			
Dermatologia e venereologia			
Ematologia e medicina trasfusionale			
Oncologia e senologia	10	Non Chirurgiche	
Pediatria senza neonatologia			
Terapia del dolore e cure palliative	11	Non Chirurgiche	
Medicina fisica e riabilitativa (fisiatria)	12	Non Chirurgiche	
Neurofisiopatologia			
Neurologia			
Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)	13	Non Chirurgiche	
Medicina aeronautica e spaziale			
Medicina del lavoro			



Elenco Attività Assicurate	Gruppo di Rischio	Tipologia Attività	Attività di maggior rischio che si intende assicurare
Statistica sanitaria e biometria			
Radioterapia	14	Non Chirurgiche	
Otorinolaringoiatria	15	Non Chirurgiche	
Radiodiagnostica (esclusa mammografia)	16	Non Chirurgiche	
Cardiologia	17	Non Chirurgiche	
Ortopedia	18	Non Chirurgiche	
Reumatologia	19	Non Chirurgiche	
Medicina dello sport	20	Non Chirurgiche	
Andrologia	21	Non Chirurgiche	
Urologia			
Oculistica - oftalmologia (esclusa chirurgia estetica)	22	Chirurgiche	
Anestesia - rianimazione e terapia intensiva	23	Chirurgiche	
Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia estetica)	24	Chirurgiche	
Cardiologia interventistica	25	Chirurgiche	
Oculistica - oftalmologia inclusa chirurgia estetica pertinente	26	Chirurgiche	
Otorinolaringoiatria inclusa chirurgia estetica pertinente	27	Chirurgiche	
Chirurgia oncologica ortopedica	28	Chirurgiche	
Chirurgia ricostruttiva			
Chirurgia oncologica e senologica			
Ginecologia	29	Non Chirurgiche	
Ostetricia			
Ginecologia con atti invasivi	30	Chirurgiche	
Ginecologia con fecondazione assistita			
Chirurgia maxillo facciale (esclusa chirurgia estetica)	31	Chirurgiche	
Chirurgia andrologica	32	Chirurgiche	
Chirurgia urologica			
Chirurgia maxillo facciale inclusa chirurgia estetica pertinente	33	Chirurgiche	
Chirurgia addominale	34	Chirurgiche	
Chirurgia bariatrica			
Chirurgia generale			
Chirurgia pediatrica			
Chirurgia proctologica			
Chirurgia toracica			
Endocrinochirurgia			
Chirurgia dell'apparato digerente - gastroenterologia			
Nefrologia chirurgica			
Chirurgia ginecologica (esclusa ostetricia)	35	Chirurgiche	
Chirurgia fetale	36	Chirurgiche	
Pediatria con neonatologia e TIN			
Chirurgia della mano	37	Chirurgiche	
Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)			
Chirurgia d'urgenza	38	Chirurgiche	
Chirurgia vascolare			
Cardiochirurgia	39	Chirurgiche	
Chirurgia estetica plastica	40	Chirurgiche	
Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto	41	Chirurgiche	
Ortopedia con traumatologia inclusi interventi spinali	42	Chirurgiche	
Neurochirurgia	43	Chirurgiche	

9.

L'Assicurato svolge anche attività di Medicina Estetica, così come descritta nelle Condizioni di Assicurazione? (rispondere ESCLUSIVAMENTE se selezionato “Aree mediche non chirurgiche” alla domanda 7)

☐ NO

☐ Sì
10.

L'Assicurato svolge anche attività invasive, così come descritte nelle Condizioni di Assicurazione? (rispondere ESCLUSIVAMENTE se selezionato “Aree mediche non chirurgiche” alla domanda 7)

☐ NO

☐ Attività invasive minori

☐ Attività invasive e mezzi di soccorso



11. Si intende assicurare un'attività libero professionale CESSATA?

☐ NO ☐ SÌ

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa e di risposta negativa alla domanda 6, è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

12. Quale attività libero professionale CESSATA si intende assicurare? (segnare con una X il campo "attività libero professionale CESSATA che si intende assicurare" ESCLUSIVAMENTE se risposto "SÌ" al punto 11. È POSSIBILE SELEZIONA ESCLUSIVAMENTE UNA SOLA ATTIVITÀ)

AVVERTENZA: Se selezionata un'attività libero professionale CESSATA, verrà ricompresa in copertura ESCLUSIVAMENTE l'Attività selezionata

Elenco Attività Assicurate	Tipologia Attività	Attività libero professionale CESSATA che si intende assicurare
Medicina termale	Non Chirurgiche	
Medicine non convenzionali e omeopatiche - agopuntura	Non Chirurgiche	
Medico abilitato non specialista	Non Chirurgiche	
Medico di comunità - attività per conto SSN	Non Chirurgiche	
Medico di medicina generale - medico di famiglia - attività per conto SSN	Non Chirurgiche	
Pediatria di libera scelta - attività per conto SSN	Non Chirurgiche	
Scienze dell'alimentazione	Non Chirurgiche	
Audiologia e foniatría	Non Chirurgiche	
Farmacologia e tossicologia clinica		
Genetica medica		
Microbiologia e virologia		
Patologia clinica e biochimica clinica		
Medicina legale	Non Chirurgiche	
Neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile	Non Chirurgiche	
Psichiatria		
Psicologia clinica		
Allergologia e immunologia clinica	Non Chirurgiche	
Angiologia e flebologia		
Diabetologia e malattie del metabolismo		
Endocrinologia e malattia del ricambio		
Malattie infettive e tropicali		
Oculistica - oftalmologia	Non Chirurgiche	
Medicina nucleare	Non Chirurgiche	
Diagnostica ecografica internistica	Non Chirurgiche	
Epatologia		
Gastroenterologia		
Geriatría		
Medicina d'emergenza-urgenza		
Medicina interna		
Nefrologia		
Pneumologia		
Visite specialistiche preparatorie a chirurgia generale		
Anatomia patologica		
Dermatologia e venereologia	Non Chirurgiche	
Ematologia e medicina trasfusionale		
Oncologia e senologia		
Pediatria senza neonatologia	Non Chirurgiche	
Terapia del dolore e cure palliative	Non Chirurgiche	
Medicina fisica e riabilitativa (fisiatria)	Non Chirurgiche	
Neurofisiopatologia		
Neurologia		
Igiene e medicina preventiva (compresa igiene degli alimenti)	Non Chirurgiche	
Medicina aeronautica e spaziale		
Medicina del lavoro		
Statistica sanitaria e biometria		
Radioterapia	Non Chirurgiche	
Otorinolaringoiatria	Non Chirurgiche	
Radiodiagnostica (esclusa mammografia)	Non Chirurgiche	
Cardiologia	Non Chirurgiche	
Ortopedia	Non Chirurgiche	



Questionario di Raccolta Dati

Elenco Attività Assicurate	Tipologia Attività	Attività libero professionale CESSATA che si intende assicurare
Reumatologia	Non Chirurgiche	
Medicina dello sport	Non Chirurgiche	
Andrologia	Non Chirurgiche	
Urologia		
Oculistica - oftalmologia (esclusa chirurgia estetica)	Chirurgiche	
Anestesia - rianimazione e terapia intensiva	Chirurgiche	
Otorinolaringoiatria (esclusa chirurgia estetica)	Chirurgiche	
Cardiologia interventistica	Chirurgiche	
Oculistica - oftalmologia inclusa chirurgia estetica pertinente	Chirurgiche	
Otorinolaringoiatria inclusa chirurgia estetica pertinente	Chirurgiche	
Chirurgia oncologica ortopedica	Chirurgiche	
Chirurgia ricostruttiva		
Chirurgia oncologica e senologica		
Ginecologia	Non Chirurgiche	
Ostetricia		
Ginecologia con atti invasivi	Chirurgiche	
Ginecologia con fecondazione assistita		
Chirurgia maxillo facciale (esclusa chirurgia estetica)	Chirurgiche	
Chirurgia andrologica	Chirurgiche	
Chirurgia urologica		
Chirurgia maxillo facciale inclusa chirurgia estetica pertinente	Chirurgiche	
Chirurgia addominale	Chirurgiche	
Chirurgia bariatrica		
Chirurgia generale		
Chirurgia pediatrica		
Chirurgia proctologica		
Chirurgia toracica		
Endocrinochirurgia		
Chirurgia dell'apparato digerente - gastroenterologia		
Nefrologia chirurgica		
Chirurgia ginecologica (esclusa ostetricia)	Chirurgiche	
Chirurgia fetale	Chirurgiche	
Pediatria con neonatologia e TIN		
Chirurgia della mano	Chirurgiche	
Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)		
Chirurgia d'urgenza	Chirurgiche	
Chirurgia vascolare		
Cardiochirurgia	Chirurgiche	
Chirurgia estetica plastica	Chirurgiche	
Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto	Chirurgiche	
Ortopedia con traumatologia inclusi interventi spinali	Chirurgiche	
Neurochirurgia	Chirurgiche	

13. Indicare la data di cessazione dell'attività libero professionale CESSATA (compilare ESCLUSIVAMENTE se risposto "SI" alla domanda 11)

DATA CESSAZIONE ATTIVITÀ

14. L'Assicurato svolge l'attività ESCLUSIVAMENTE presso una Struttura?

☐ NO

☐ SÌ

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa si dichiara che l'attività libero professionale oggetto della presente Polizza è svolta dall'Assicurato esclusivamente in nome e per conto di una Struttura, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'Assicurato nei confronti del paziente.

15. Selezionare la Retroattività richiesta:

☐ 10 anni

☐ Illimitata

16. **Selezionare il Massimale* per Sinistro per l'attività libero professionale SVOLTA (compilare ESCLUSIVAMENTE se selezionato "Aree mediche non chirurgiche" alla domanda 7):**

☐ 1 milione ☐ 2 milioni ☐ 3 milioni ☐ 5 milioni

*Si specifica che, se selezionata come attività di maggior rischio "Ortopedia", il Massimale per Sinistro selezionato deve essere al minimo pari a 2 milioni

17. **Selezionare il Massimale* per Sinistro per l'attività libero professionale SVOLTA (compilare ESCLUSIVAMENTE se selezionato "Aree mediche chirurgiche" alla domanda 7):**

☐ 2 milioni ☐ 3 milioni ☐ 5 milioni

18. **Selezionare il Massimale per Sinistro per l'attività libero professionale CESSATA (compilare ESCLUSIVAMENTE se selezionata SI alla domanda 11):**

☐ 1 milione ☐ 2 milioni ☐ 3 milioni ☐ 5 milioni

AVVERTENZA: se selezionata un'attività libero professionale CESSATA appartenente alla tipologia chirurgica, selezionare Massimale per Sinistro al minimo pari a 2 milioni.

19. **Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri**

Il Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri verrà valorizzato in automatico e seguirà il seguente schema:

Valore Massimale per Sinistro selezionato	Valore Massimale per Periodo di Assicurazione /Serie di Sinistri
€ 1.000.000	€ 3.000.000
€ 2.000.000	€ 6.000.000
€ 3.000.000	€ 6.000.000
€ 5.000.000	€ 6.000.000

20. **Indicare la Franchigia facoltativa che si desidera selezionare (compilare se selezionata ESCLUSIVAMENTE "Nessuno" alla domanda 22):**

☐ Nessuna ☐ € 2.500,00 ☐ € 10.000,00

21. **Garanzie Aggiuntive**

Si intende acquistare le seguenti Garanzie Aggiuntive? (segnare con una X il campo "Garanzia Aggiuntiva da acquistare")

Garanzia Aggiuntiva	Garanzia Aggiuntiva da acquistare
Ruolo apicale e direzione sanitaria – Perdite Patrimoniali	
Altre Perdite Patrimoniali e conduzione dello studio (RCT-RCO)	
Omesso adempimento Crediti ECM	

22. **Sinistrosità**

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento - così come definite nel Glossario - per i rischi assicurati con la presente Polizza?

☐ Nessuno ☐ 1 Sinistro ☐ 2 Sinistri ☐ Più di 2 Sinistri

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 24 e contattare la Direzione

23. **Fatti Noti**

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti Noti" - così come definiti nel Glossario - dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi assicurati con la presente Polizza?

☐ Nessuno ☐ 1 Fatto Noto ☐ 2 Fatti Noti ☐ Più di 2 Fatti Noti

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 24 e contattare la Direzione



24. Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta diversa da “Nessuno” ad almeno una delle richieste dei punti 22 e 23 del presente Questionario

A) Sinistri**1° Sinistro**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

2° Sinistro

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

B) Fatti Noti**1° Fatto Noto**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____



MINOPOLI
INSURANCE
BROKER

2° Fatto Noto

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omissso 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 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 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 _____

**MINOPOLI
INSURANCE
BROKER**

Dati del Proponente/Assicurato (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	CODICE FISCALE*	SPECIALIZZAZIONE MEDICA CONSEGUITA*
-----------------	-----------------	-------------------------------------

1. SINISTRI PREGRESSI (PER CIASCUN SINISTRO COMPILARE UN ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)

Il Proponente/Assicurato, negli ultimi 5 (cinque) anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento - così come definite nel Glossario - per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

☐ Nessuno ☐ 1 Sinistro ☐ 2 Sinistri ☐ Più di 2 Sinistri (indicare quante Richieste di Risarcimento): _____

Data evento/prestazione/intervento: _____ Data ricezione dell'atto/notifica: _____

Prestazione/intervento: _____

Ruolo svolto dal Proponente/Assicurato: _____

Altro personale sanitario coinvolto (nome e ruolo): _____

Dove è avvenuto l' evento/prestazione/intervento:

☐ Studio medico ☐ Struttura sanitaria (azienda ospedaliera/clinica/poliambulatorio): _____

Età del danneggiato: _____

☐ Lesioni, grado di invalidità: _____ % ☐ Decesso ☐ Danno patrimoniale (Perdite Patrimoniali)

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Soggetti destinatari della Richieste di Risarcimento:

☐ Proponente/Assicurato ☐ Struttura sanitaria ☐ Altro personale sanitario

Modalità attraverso la quale il Proponente/Assicurato è giunto a conoscenza della Richiesta di Risarcimento:

- ☐ Richiesta risarcimento / istanza di mediazione/atto di citazione/chiamata in causa da parte del terzo danneggiato (o aventi causa)
☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Artt. 696 e 696 bis c.p.c
☐ Costituzione di Parte Civile in un procedimento penale
☐ Azione diretta del terzo danneggiato (o aventi causa)
☐ Chiamata in causa da parte della Struttura sanitaria
☐ Invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti nei confronti del Proponente/Assicurato ritenuto responsabile per colpa grave
☐ Azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa, anche in via di surroga, nei confronti del Proponente/Assicurato ritenuto responsabile per colpa grave

Ammontare del danno richiesto : _____

Stato del Sinistro:

- ☐ Procedimento civile in corso
☐ Procedimento civile concluso con addebito di responsabilità
☐ Procedimento civile concluso senza addebito di responsabilità
☐ Procedimento civile impugnato, grado di giudizio: _____
☐ Transazione

Importo risarcito: € _____



MINOPOLI
INSURANCE
BROKER

2. **FATTI NOTI** (PER CIASCUN FATTO NOTO COMPILARE UN ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)

Il Proponente/Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti Noti" - così come definiti nel Glossario - dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

☐ Nessuno ☐ 1 Fatto Noto ☐ 2 Fatti Noti ☐ Più di 2 Fatti Noti (indicare quanti Fatti Noti): _____

Data evento/prestazione/intervento: _____

Data presa conoscenza del Fatto Noto: _____

Indicare la tipologia di Fatto Noto:

☐ Il **primo atto di inchiesta penale** di cui venga a conoscenza l'Assicurato ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite della Polizia Giudiziaria

☐ Querela ☐ Avviso conclusione indagini preliminari ☐ Avviso di garanzia ☐ Altro _____

Se in corso un processo penale, indicarne:

Imputazione: _____

Stato e grado del giudizio: _____

Numero procedimento _____

☐ Una **Richiesta di Risarcimento già indirizzata a soggetti diversi dall'Assicurato** in conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi collaboratori, sostituti temporanei e/o sottoposti, di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza;

☐ **Notizie di pubblico dominio** risultanti da un qualunque mezzo di informazione e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Assicurato atte a generare una Richiesta di Risarcimento;

☐ La **relazione tecnica richiesta dalla direzione della Struttura sanitaria**, con cui il Proponente/Assicurato è portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto.

Struttura sanitaria (azienda ospedaliera/clinica/poliambulatorio) coinvolta: _____

La Richiesta di Risarcimento è indirizzata:

☐ Esclusivamente alla Struttura sanitaria

☐ Sia al Proponente/Assicurato che alla Struttura sanitaria

La Struttura sanitaria ha preso in carico la gestione / respinto / transato il sinistro: _____

Riportare una breve descrizione del Fatto Noto:



MINOPOLI
INSURANCE
BROKER

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 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 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 _____



MINOPOLI
INSURANCE
BROKER