ASSIMEDICI
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

una storia che continua...

QUESTIONARIO PROPOSTA DI POLIZZA

ISTITUTI CLINICI

MODULO RACCOLTA DATI Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

Ragione sociale contraente polizza_____
Indirizzo _____
Cap_____**Città**_____**Pv**_____
Tel._____**Fax**_____
E-mail _____
Cod. Fiscale _____
Partita Iva _____

Descrizione attività_____

Numero personale medico e non medico operante a qualsiasi titolo_____

Direttore Amministrativo _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Direttore Sanitario _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Responsabile Coperture Assicurative _____
Tel. _____**Fax**_____
E-mail _____

Effetto |___||___||_____| Scadenza |___||___||_____|

Il Proponente_____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Società. Il Proponente è altresì consapevole che il presente questionario forma parte integrante del contratto assicurativo.

Il Proponente _____

Il Proponente dichiara di aver esaminato attentamente l'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 123 del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n. 303 del 2 giugno 1997 stessa.Il Proponente dichiara pertanto di avere ricevuto altresì, prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali, tutto quanto consegnato in forma cartacea, o su altro supporto durevole e di essere informato che la sottoscrizione delle coperture è del tutto facoltativa e che gli è stato richiesto di fornire una serie di informazioni ritenute necessarie per valutare l'adeguatezza delle Polizze alle sue esigenze.

Luogo e data _____|___|___|_____|

Il Proponente _____

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Roma - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
Underwriting Agency S.r.l.
Ag. Gen. AmTrust Assicurazioni SPA
Viale San Michele del Carso 11
20144 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso le Compagnie:

AmTrust Assicurazioni SPA

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Eventuali polizze sottoscritte con la medesima compagnia inerenti il medesimo rischio saranno da Voi intermediate.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi conferiamo l'incarico in esclusiva per la quotazione della copertura assicurativa della Responsabilità della nostra struttura presso:

le Compagnie del mercato Italiano
le Compagnie autorizzate ad operare in Italia.

Vi richiediamo altresì uno studio preliminare delle coperture assicurative del personale operante presso la nostra struttura.

Da parte nostra resta la piena libertà di accettare o meno le condizioni da Voi presentate e l'impegno a non divulgare i Vostri elaborati o proposte.

Questa lettera di incarico ha effetto immediato e validità di sei mesi dalla data odierna.

Vi informiamo che non abbiamo sottoscritto analoghi incarichi presso altri intermediari.

In allegato Vi trasmettiamo questionario di valutazione del rischio per la quotazione.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

Spettabile

_____
_____
_____
_____

Spettabile
ASSIMEDICI S.r.l.
Viale di Porta Vercellina 20
20123 Milano MI

Allegato alla lettera incarico per quotazione rischio

Nominativo struttura

_____

Vi informiamo che le Compagnie sotto riportate sono da noi già state contattate direttamente e o per il tramite di altro intermediario

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vi comunichiamo pertanto di non richiedere analoga quotazione presso le sopra indicate compagnie.

Con i migliori saluti.

_____ ___/___/_____

_____

AmTrust **ISTITUTI CLINICI**

Linea Struttura Protetta

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

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*	DATA DI NASCITA*	PROVINCIA*	RECAPITO TELEFONICO
ULTIMO FATTURATO *			PEC*

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*		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*	DATA DI NASCITA*	PROVINCIA*	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 ☐ Temporaneo

3) Dati delle sedi assicurate

Il Contraente, oltre alla Sede Legale, intende assicurare tutte le sedi dove svolge la propria attività? SÌ ☐ NO ☐

In caso di risposta negativa, indicare solo le Sedi che si intende assicurare:

Indirizzo	Città	Provincia	CAP

4) Altre Società Assicurate

Il Contraente intende assicurare Società ad esso controllate e/o collegate? SÌ ☐ NO ☐

In caso di risposta positiva, indicare le Società controllate e/o collegate che intende assicurare:

AmTrust Assicurazioni

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

Ragione sociale	Partita Iva	Indirizzo	Città	Provincia	CAP

5) Attività da meno di 5 anni

L'attività da assicurare è svolta da meno di cinque anni dalla data di decorrenza della presente Polizza?

☐ NO ☐ SÌ

6) Attività con utilizzo di Anestesia

La Struttura che si desidera assicurare svolge Attività con utilizzo di Anestesia?

☐ NO ☐ SI

6.1) Anestesia Professionista

Se risposto SI al punto 6), indicare se l'anestesia viene praticata da un medico specializzato in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore:

☐ NO ☐ SI

7) Selezionare il Massimale per Sinistro per l'attività libero professionale svolta:

☐ € 2.000.000 ☐ € 3.000.000 ☐ € 5.000.000

AVVERTENZA: Il Massimale per sinistro di € 2.000.000 e € 3.000.000 non è acquistabile se risposto "SI" alla domanda "L'anestesia viene praticata da un anestesista professionista?" e/o selezionato Gruppo 8.

8) 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
€ 2.000.000	€ 6.000.000
€ 3.000.000	€ 9.000.000
€ 5.000.000	€ 15.000.000

9) Selezionare la Retroattività richiesta:

☐ 10 anni ☐ Illimitata

10) 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

AmTrust Assicurazioni

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

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 pregressi".**
AVVERTENZA (2): qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia pari o superiore a € 75.000,00, 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.

11) Franchigia Facoltativa

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

Importo Franchigia	Selezione Franchigia
€ 2.500,00	
€ 5.000,00	
€ 10.000,00	
€ 15.000,00	
€ 20.000,00	
€ 25.000,00	

12) Gruppi di Attività

AVVERTENZA (1): la Garanzia Base Responsabilità Civile e Professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Verso Prestatori di lavoro (RCO) è sempre inclusa.
AVVERTENZA (2): l'Assicurazione garantisce esclusivamente le Attività Svolte selezionate dal Contraente, tra quelle elencate nei Gruppi di Attività.
AVVERTENZA (3): è possibile acquistare Attività Svolte presso Gruppi di Attività differenti.

GRUPPO 1 - ATTIVITA' DI ODONTOIATRIA

AVVERTENZA (1): qualora il fatturato del Contraente sia pari o inferiore a € 1.000.000,00 e il Contraente desideri acquistare esclusivamente l'Attività di Odontoiatria, è necessario compilare il questionario relativo alla soluzione "Studi Odontoiatrici".
AVVERTENZA (2): sono sempre comprese le attività complementari di radiodiagnostica orale.

- Presso lo Studio Odontoiatrico viene svolta l'anestesia incosciente? SÌ ☐ NO ☐

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

- L'anestesia viene praticata da un medico specializzato in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore?
  SI ☐ NO ☐

AVVERTENZA (3): in caso di risposta negativa alla seconda domanda di cui sopra, non è possibile acquistare l'Assicurazione.

Indicare nella seguente tabella il numero di "prestazioni" che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente (valorizzare le prestazioni relative esclusivamente alle attività effettivamente svolte).

AVVERTENZA (4): indicare il numero di prestazioni di "Anestesia incosciente – odontoiatria" solo in caso di risposta affermativa alle domande di cui sopra.

Tipologia	Attività svolta	N° prestazioni
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia altre tecniche	
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia osteointegrata	

AmTrust Assicurazioni

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

Visite	Odontoiatria / stomatologia senza implantologia	
Invasiva	Ortodontista	
Visite	Igienista dentale	
Invasiva	Anestesia incosciente – odontoiatria	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività di Odontoiatria che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 1: _____

GRUPPO 2 - ATTIVITA' DI RADIOLOGIA

AVVERTENZA: qualora venisse svolta l'attività di Radiologia interventistica e neuroradiologia compilare il Gruppo 8.

Indicare nella seguente tabella il numero degli "Esami letti" che vengono eseguiti annualmente presso e per conto della Struttura Contraente (valorizzare gli "Esami letti" relativi esclusivamente alle attività effettivamente svolte).

Tipologia	Attività svolta	N° esami letti
Visite	Radiodiagnostica (no mammografia)	
Visite	Radiodiagnostica con mammografia, TAC, RM, ecografia	
Visite	Medicina nucleare	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività di Radiologia che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 2: _____

GRUPPO 3 - ATTIVITA' DI LABORATORIO DI ANALISI

L'attività di "Test" viene svolta in maniera prevalente da enti terzi?

☐ SI (dichiarare il N° PRELIEVI annui)

☐ NO (dichiarare il N° TEST annui)

In base alla risposta alla domanda precedente, indicare nella seguente tabella il numero dei "prelievi" o "test" che vengono eseguiti annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

Tipologia	Attività svolta	N° prelievi	N° test
Visite	Patologia clinica (compresa Biochimica clinica)		

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività di Laboratorio di Analisi che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 3: _____

GRUPPO 4 - ATTIVITA' AMBULATORIALE DI GINECOLOGIA E DI FECONDAZIONE ASSITITA

a. Attività ambulatoriale di ginecologia e ostetricia

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Indicare nella seguente tabella il numero di "Prestazioni" che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

Tipologia	Attività svolta	N° Prestazioni
Visite	Ginecologia ambulatoriale	
Invasiva	Ginecologia con ostetricia ambulatoriale e biopsie (biopsie, polipi, condilomi, amniocentesi, etc.)	

b. Attività di fecondazione assistita

Indicare nella seguente tabella il numero di "Prestazioni" che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

Tipologia	Attività svolta	N° Prestazioni
Visite	Ginecologia ambulatoriale per fecondazione assistita (procedure di inseminazione di primo livello e visite di fecondazione assistita, compresa andrologia)	
Invasiva	Ginecologia con fecondazione assistita (procedure di raccolta degli ovuli e procedure di inseminazione di secondo e terzo livello)	
Test	Genetica medica (test di diagnosi genetica pre-impianto e test di diagnosi genetica di immunologia riproduttiva)	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività Ambulatoria di Ginecologia e di Fecondazione Assistita che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato – Gruppo 4: _____

GRUPPO 5 - ATTIVITÀ AMBULATORIALE NON CHIRURGICA E NON INVASIVA E ATTIVITA' DI FISIOTERAPIA

AVVERTENZA (1): eventuali attività di Medicina del lavoro e/o Medicina legale devono essere indicate nel numero totale delle prestazioni annue dell'Attività svolta "Visite senza interventi chirurgici e senza accertamenti diagnostici invasivi".

AVVERTENZA (2): qualora la Struttura svolga l'attività di:

- Odontoiatria, è necessario compilare il gruppo 1
- Radiologia e medicina nucleare, è necessario compilare il gruppo 2
- Analisi di laboratorio, è necessario compilare il gruppo 3
- Ginecologia e fecondazione assistita, è necessario compilare il gruppo 4
- Medicina estetica, è necessario compilare il gruppo 8

Indicare il numero delle prestazioni non invasive che vengono effettuate annualmente presso e per conto della Struttura Contraente.

Tipologia	Attività svolta	N° Prestazioni
Visite	Visite senza interventi chirurgici e senza accertamenti diagnostici invasivi	
Visite	Fisioterapia, medicine non convenzionali e altre terapie fisiche non mediche	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività Ambulatoriale non chirurgica e non invasiva e Attività di Fisioterapia che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 5: _____

Questionario di Raccolta Dati
Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

GRUPPO 6 - ATTIVITÀ SOCIO-ASSISTENZIALE PRESSO LA STRUTTURA CHE PREVEDE LA DEGENZA NOTTURNA E/O GLI ACCESSI GIORNALIERI

AVVERTENZA: qualora la Struttura preveda la degenza notturna, non sarà necessario che vengano indicati gli accessi diurni in quanto compresi nella copertura assicurativa.

a. Se la Struttura prevede la degenza notturna, indicare il numero dei "posti letto" che vengono occupati annualmente presso la Struttura.

Attività svolta	N° Posti letto
Posti letto Psichiatria, Alzheimer e Riabilitazione	
Altri posti letto	

b. Se la Struttura non prevede la degenza notturna indicare il numero degli "Accessi diurni" effettuati annualmente presso la Struttura.

Attività svolta	N° Accessi diurni complessivi annui
Socioassistenziale diurna	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività Socio-assistenziale presso la Struttura che prevede la degenza notturna e/o gli accessi giornalieri che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 6: _____

GRUPPO 7 - ATTIVITÀ SOCIOASSISTENZIALE PRESSO TERZI

Indicare il "numero degli "Addetti del comparto/medici" (Personale medico - esclusivamente visite di geriatria, oncologia, medicina generale) di cui si avvale la Struttura per svolgere le attività socioassistenziali presso terzi.

Tipologia addetto comparto/medici	N° Addetti comparto
Infermiere professionale	
Operatore sociosanitario (OSA, OTA, OSS)	
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e tecnico della riabilitazione psichiatrica	
Sociologo	
Psicologo	
Educatore professionale	
Osteopata e Chiropratico	
Ostetriche (escluse attività ostetrica a domicilio ove non supervisionata da un medico)	
Altre figure professionali sanitarie non mediche	
Personale medico (esclusivamente visite di geriatria, oncologia, medicina generale)	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività Socio-assistenziale presso terzi che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 7: _____

AmTrust Assicurazioni

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

GRUPPO 8 - ATTIVITÀ AMBULATORIALE INVASIVA E CHIRURGICA, CON O SENZA DEGENZA NOTTURNA

AVVERTENZA: solo in questo Gruppo è possibile assicurare l'attività di Medicina Estetica non chirurgica e non invasiva.

a. Degenza notturna

Solo se la Struttura prevede degenza notturna, indicare il numero dei "Posti letto" che vengono occupati mediamente in un anno.

Attività svolta	N° Posti letto
Assistenza notturna per degenti in posti letto acuti	

b. Attività chirurgiche e invasive

Indicare nella seguente tabella il numero di "Prestazioni" che vengono eseguite annualmente presso e per conto della Struttura Contraente (valorizzare esclusivamente le prestazioni relative alle attività effettivamente svolte da Personale Dipendente, Convenzionato e in regime libero professionale).

Tipologia	Attività svolta	N° Prestazioni
Chirurgica	Andrologia	
Invasiva	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	
Chirurgica	Angiologia e flebologia	
Invasiva	Angiologia e flebologia (chirurgia minore)	
Chirurgica	Cardiochirurgia	
Chirurgica	Cardiologia interventistica	
Chirurgica	Chirurgia d'urgenza e 118	
Chirurgica	Chirurgia della mano	
Chirurgica	Chirurgia estetica plastica	
Chirurgica	Chirurgia generale (compresa addominale)	
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (con chirurgia estetica)	
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (no chirurgia estetica)	
Chirurgica	Chirurgia ricostruttiva	
Chirurgica	Chirurgia toracica	
Chirurgica	Chirurgia vascolare	
Invasiva	Dermatologia/venereologia (chirurgia minore)*	
Invasiva	Ematologia	
Chirurgica	Endocrinochirurgia	
Chirurgica	Gastroenterologia	
Invasiva	Gastroenterologia con endoscopia digestiva	
Chirurgica	Ginecologia con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)	
Invasiva	Malattie infettive e tropicali	
Invasiva	Medicina d'urgenza e 118	
Visite	Medicina estetica	
Invasiva	Medicina estetica	
Invasiva	Medicina generale - Medico di Famiglia	
Invasiva	Medicina interna	
Chirurgica	Nefrologia	
Invasiva	Nefrologia con Dialisi	
Chirurgica	Neurochirurgia	
Invasiva	Neurologia	
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (compresa attività estetica)	
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (esclusa attività estetica)	
Chirurgica	Oncologia e senologia	
Invasiva	Ortopedia (chirurgia minore)*	
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	

AmTrust Assicurazioni

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

Tipologia	Attività svolta	N° Prestazioni
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	
Chirurgica	Pediatria senza neonatologia	
Invasiva	Pediatria senza neonatologia (chirurgia minore)*	
Invasiva	Pneumologia	
Invasiva	Radiologia interventista e neuroradiologia	
Invasiva	Terapia del dolore e cure palliative	
Chirurgica	Urologia	

Indicare la percentuale dell'ultimo fatturato conseguito dalla Struttura Contraente relativa all'Attività Ambulatoriale invasiva e chirurgica, con o senza degenza notturna che si desidera assicurare.

Percentuale Fatturato - Gruppo 8: _____

13) GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI A PAGAMENTO (FACOLTATIVE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO SELEZIONATO)
AVVERTENZA: le garanzie aggiuntive eventualmente selezionate hanno validità esclusivamente in relazione alle Attività Svolte acquistate.

Selezionare le Garanzie aggiuntive opzionali che si intende acquistare:

Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimite di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)	Garanzia acquistata
Direttore sanitario	1.000.000,00	
Perdite Patrimoniali	250.000,00	
Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali (*)	Massimale di Polizza	
Responsabilità personale professionale del Personale in regime Libero Professionale	Massimale di Polizza	
Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale dipendente e convenzionato	Massimale di Polizza	
Crioconservazione	500.000,00	

(*) Se selezionata la Garanzia Aggiuntiva Opzionale "Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali": Indicare se sono state avanzate Azioni penali nei confronti di soggetti che operano a qualsiasi titolo per conto della Struttura negli ultimi 5 (cinque) anni:

NO ☐ SI ☐

In caso di risposta affermativa, indicare quante Azioni penali: _____

AVVERTENZA (1): in caso di risposta affermativa di un numero di Azioni penali inferiore o uguale a 2, è necessario compilare in ogni sua parte, il successivo **"Allegato 2" - "Indagini penali"**
AVVERTENZA (2): in caso di risposta affermativa di un numero di Azioni penali è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

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*_____

AmTrust Assicurazioni

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

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. Le basi giuridiche del trattamento sono: i) l'esecuzione di misure precontrattuali, ii) l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e iii) 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, che in ogni caso può in qualsiasi momento consultare alla pagina "privacy" del sito internet del Titolare: www.amtrust.it. 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

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 € 75.000,00
☐ Maggiore o uguale a € 75.000,00

AVVERTENZA: qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia maggiore o uguale a € 75.000,00, 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: _____
- Primo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Primo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Primo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Primo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Primo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

II° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Secondo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Secondo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Secondo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Secondo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Secondo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Secondo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Secondo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Secondo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

III° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Terzo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Terzo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Terzo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Terzo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Terzo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Terzo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Terzo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Terzo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

IV° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quarto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quarto sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Quarto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Quarto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Quarto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Quarto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quarto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quarto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

V° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quinto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quinto sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Quinto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Quinto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Quinto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____

AmTrust Assicurazioni

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

- Quinto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quinto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Quinto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VI° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Sesto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Sesto sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Sesto sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Sesto sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Sesto sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Sesto sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Sesto sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Sesto sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VII° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Settimo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Settimo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Settimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Settimo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Settimo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Settimo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Settimo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Settimo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

VIII° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Ottavo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Ottavo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Ottavo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Ottavo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Ottavo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Ottavo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Ottavo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Ottavo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

IX° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Nono sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Nono sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Nono sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Nono sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Nono sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Nono sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Nono sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Nono sinistro - Decesso (Sì / No): _____

X° SINISTRO:

A) Evento lesivo

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Decimo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Decimo sinistro - Data denuncia: __/__/_____
- Decimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____
- Decimo sinistro - Lesioni lamentate dal danneggiato: _____
- Decimo sinistro - Stato (Aperto / Chiuso): _____
- Decimo sinistro - Riserva assicuratore aggiornata, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Decimo sinistro - Liquidato aggiornato, al 100% e al lordo di franchigia: _____
- Decimo sinistro - Decesso (Sì / No): _____

AmTrust Assicurazioni

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 2 – Indagini penali

I° INDAGINE PENALE

A) Specifiche di dettaglio del procedimento penale

- Primo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Primo sinistro - Data notifica: __/__/____
- Primo Sinistro - numero procedimento: _____
- Primo Sinistro - descrizione avvenimento: _____
- Primo Sinistro - totale pagato: _____

II° INDAGINE PENALE

A) Specifiche di dettaglio del procedimento penale

- Secondo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Secondo sinistro - Data notifica: __/__/____
- Secondo Sinistro - numero procedimento: _____
- Secondo Sinistro - descrizione avvenimento: _____
- Secondo Sinistro - totale pagato:_____

AmTrust Assicurazioni

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)

AmTrust **ISTITUTI CLINICI**

Linea Struttura Protetta

Il presente documento, che rappresenta un fac-simile di un "Questionario di Adeguatezza", ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative del Contraente/Assicurato e potrà essere integrato con ogni ulteriore informazione ritenuta opportuna dal Distributore stesso.
Il questionario di adeguatezza dovrà essere predisposto su carta intestata del Distributore.

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/Assicurato 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/Assicurato.

Informazioni anagrafiche del Contraente/Assicurato

☐Persona Giuridica: Ragione sociale _____

Codice Fiscale _____ P. IVA _____

Settore dell'Attività svolta _____

Oggetto sociale _____

Sede legale_____

Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia_____

Fatturato _____

Esigenze assicurative dell'Assicurato

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

☐Obblighi di legge/Impegni contrattuali ☐Assenza di obblighi di legge/Assenza di impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

☐Attività di impresa ☐Attività extra-lavorativa

Si dichiara che:

1. il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'esercizio di attività e professioni sanitarie e sociosanitarie per la cura dell'individuo e della collettività? ☐ Sì ☐ NO
2. 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 (o, nel caso di azione diretta, dalla Società) per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui o dal Contraente tempestivamente denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione o anche prima purché entro la Data inizio Retroattività riportata nella Scheda di Polizza? ☐ Sì ☐ NO

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1 o 2 allora prodotto non adeguato.

3. Se valorizzato "SI" al punto 1, per quale tipo di attività sanitaria e sociosanitaria si necessita la copertura?
   - A. Attività di odontoiatria ☐ Sì ☐ NO
   - B. Attività di radiologia ☐ Sì ☐ NO
   - C. Attività di laboratorio di analisi ☐ Sì ☐ NO
   - D. Attività Ambulatoriale di ginecologia e di fecondazione assistita ☐ Sì ☐ NO
   - E. Attività Ambulatoriale non chirurgica e non Invasiva e attività di fisioterapia ☐ Sì ☐ NO
   - F. Attività Socioassistenziale, presso la Struttura, che prevede la degenza notturna e/o gli accessi giornalieri ☐ Sì ☐ NO
   - G. Attività Socioassistenziale presso terzi ☐ Sì ☐ NO
   - H. Attività Ambulatoriale Invasiva e chirurgica, con o senza degenza notturna ☐ Sì ☐ NO
   - I. Attività ulteriori o diverse da quelle descritte ai punti precedenti ☐ Sì ☐ NO

AVVERTENZA: Multi selezione possibile tra le lettere:

- A + B + C + D + E + F + H del punto 3, nel caso di Struttura che preveda degenza notturna;
- A + B + C + D + E + F + G +H del punto 3, nel caso di Struttura che preveda esclusivamente accessi giornalieri;

FAC-SIMILE

Il presente documento, che rappresenta un fac-simile di un "Questionario di Adeguatezza", ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative del Contraente/Assicurato e potrà essere integrato con ogni ulteriore informazione ritenuta opportuna dal Distributore stesso.
Il questionario di adeguatezza dovrà essere predisposto su carta intestata del Distributore.

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

- F + G del punto 3, nel caso di Struttura che preveda esclusivamente accessi giornalieri.

Se valorizzato "Sì" alla lettera "I. Attività ulteriori o diverse da quelle descritte ai punti precedenti" del punto 3 allora prodotto non adeguato.

Per quanto selezionato al punto 3, si necessita di una copertura assicurativa che possa prevedere:

4. un periodo di retroattività decennale? ☐ Sì ☐ NO
5. un periodo di retroattività illimitato? ☐ Sì ☐ NO
6. più Attività sanitarie e sociosanitarie svolte contemporaneamente? ☐ Sì ☐ NO
7. qualora selezionato "Sì" alla lettera "A. Attività di odontoiatria" del punto 3, l'estensione alla copertura dell'attività di anestesia incosciente? ☐ Sì ☐ NO
8. la garanzia aggiuntiva opzionale Direttore Sanitario? ☐ Sì ☐ NO
9. la garanzia aggiuntiva opzionale Perdite Patrimoniali? ☐ Sì ☐ NO
10. la garanzia aggiuntiva opzionale Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali? ☐ Sì ☐ NO
11. la garanzia aggiuntiva opzionale Responsabilità personale professionale del Personale in regime Libero Professionale? ☐ Sì ☐ NO
12. la garanzia aggiuntiva opzionale Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale Dipendente e Convenzionato? ☐ Sì ☐ NO
13. la garanzia aggiuntiva opzionale Crioconservazione? ☐ Sì ☐ NO

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad entrambi i punti 4 e 5 allora prodotto non adeguato. ☐ 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)

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un massimale per sinistro e uno per periodo di assicurazione/serie di sinistri e diversi sottolimiti di indennizzo per sinistro e per periodo di assicurazione/serie di sinistri? ☐ Sì ☐ NO

(se "NO" allora prodotto non adeguato)

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/Assicurato 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/Assicurato. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente/Assicurato 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 _____

FAC-SIMILE

ASSIMEDICI®
CONSULENZA ASSICURATIVA MEDICI

Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....
luogo e data

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....
il contraente/assicurato

Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....
il contraente/assicurato

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- _____ **acconsento*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

  **(ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").*

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
il contraente/assicurato

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
Roma - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001