

Spettabile

Spettabile
UA Underwriting Agency S.r.l.
Ag. Gen. AmTrust Assicurazioni
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

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.

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Dati del Contraente / Assicurato (*CAMPI OBBLIGATORI)

RAGIONE SOCIALE*				
INDIRIZZO SEDE LEGALE*	LOCALITÀ/COMUNE*	C.A.P.*	PROVINCIA*	NAZIONE*
PARTITA I.V.A.*	CODICE FISCALE*		ULTIMO FATTURATO*	
RECAPITO TELEFONICO*	E-MAIL*		PEC*	

Data di decorrenza della Polizza: ___/___/___

Dati delle sedi assicurate

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

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

Indirizzo	Città	Provincia	CAP

Altre Società Assicurate

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

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

Ragione sociale	Partita Iva	Indirizzo	Città	Provincia	CAP



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

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

1) MASSIMALE DI POLIZZA

AVVERTENZA: è possibile valorizzare un solo **Massimale di Polizza*** per periodo assicurativo pari ad € 2.000.000,00. L'importo selezionato è la massima esposizione economica della Società, indipendentemente dal numero dei sinistri denunciati.

* L'importo del Massimale di polizza si intende per Periodo di Assicurazione, per singolo sinistro e per Serie di sinistri

2) DATA INIZIO DI ATTIVITÀ

AVVERTENZA: è necessario indicare la data di inizio attività della Struttura Contraente.

Data Inizio Attività: __/__/____

3) 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

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 progressi".

AVVERTENZA (2): qualora l'ammontare totale pagato per la totalità dei sinistri dichiarati sia pari o superiore a € 18.000,00, 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.

4) ATTIVITA' ASSICURATA

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 l'Attività di Odontoiatria, escluse le attività di medicina estetica e maxillo facciale in relazione allo svolgimento della Attività assicurata.

AVVERTENZA (3): l'Assicurazione è rivolta esclusivamente alle Strutture Contraenti che abbiano un fatturato pari o inferiore a € 1.000.000,00. Qualora la Struttura Contraente abbia un fatturato superiore a € 1.000.000,00 e desideri acquistare esclusivamente l'Attività di Odontoiatria, è necessario compilare il questionario relativo al prodotto "AmTrust Istituti Clinici".

GRUPPO 1 - ATTIVITA' DI ODONTOIATRIA

AVVERTENZA (1): sono sempre comprese le attività complementari di radiodiagnostica orale.

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

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

- L'anestesia incosciente viene svolta da un anestesista professionista SI NO

AVVERTENZA (2): in caso di risposta affermativa ad entrambe le domande di cui sopra, si intenderà assicurata anche l'attività di anestesia incosciente. In caso di risposta negativa alla seconda domanda di cui sopra, non è possibile acquistare l'Assicurazione.



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

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

5) **GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI A PAGAMENTO (FACOLTATIVE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO SELEZIONATO)**

Selezionare le Garanzie aggiuntive opzionali che si intende acquistare:

Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimito 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	
Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale	Massimale di Polizza	
Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale dipendente e convenzionato	Massimale di Polizza	

(*) **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
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.itPEC: 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. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali, l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e 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. 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
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.itPEC: 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 € 18.000,00
 Maggiore o uguale a € 18.000,00

Avvertenza: qualora l'ammontare totale pagato per la **totalità dei sinistri dichiarati sia maggiore o uguale a € 18.000,00**, 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: _____

II° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Secondo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Secondo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Secondo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

III° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Terzo sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Terzo sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Terzo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

IV° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quarto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quarto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Quarto sinistro - Descrizione avvenimento: _____

V° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Quinto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Quinto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Quinto sinistro - Descrizione avvenimento: _____

VI° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Sesto sinistro - Data accadimento: __/__/____
- Sesto sinistro - Data denuncia: __/__/____
- Sesto sinistro - Descrizione avvenimento: _____



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

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

VII° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Settimo sinistro - Data accadimento: __/__/__
- Settimo sinistro - Data denuncia: __/__/__
- Settimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

VIII° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Ottavo sinistro - Data accadimento: __/__/__
- Ottavo sinistro - Data denuncia: __/__/__
- Ottavo sinistro - Descrizione avvenimento: _____

IX° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Nono sinistro - Data accadimento: __/__/__
- Nono sinistro - Data denuncia: __/__/__
- Nono sinistro - Descrizione avvenimento: _____

X° SINISTRO:**A) Evento lesivo**

Specifiche di dettaglio dell'evento lesivo

- Decimo sinistro - Data accadimento: __/__/__
- Decimo sinistro - Data denuncia: __/__/__
- Decimo sinistro - Descrizione avvenimento: _____



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.itPEC: 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
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.itPEC: 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)

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
 - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
 - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
 - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **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 di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
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 Stefano, 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