

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

**AVVERTENZA:** la Garanzia Base **Responsabilità Civile e Professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile Verso Prestatori di lavoro (RCO)** è sempre inclusa.

#### 1) ATTIVITÀ DI GINECOLOGIA E RADIOLOGIA

La Struttura che si desidera assicurare svolge Attività di Radiologia e/o Ginecologia? NO  SI

#### 2) MASSIMALE DI POLIZZA

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

Selezionare un solo **Massimale per Sinistro di Polizza\*** tra i seguenti importi:

1.000.000,00 €	2.000.000,00 €	3.000.000,00 €	5.000.000,00 €
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Il Massimale per Periodo di Assicurazione e per Serie di Sinistri è pari a:

- € 3.000.000 per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni anche in ambulatori non protetti ivi compresi i laboratori di analisi

- € 6.000.000 per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesologica e parto

#### 3) RETROATTIVITÀ DI POLIZZA

**AVVERTENZA (1):** è necessario valorizzare un solo **Periodo di Retroattività** che verrà esteso a tutte le garanzie di Polizza.

**AVVERTENZA (2):** con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 che prevede una retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare un'opzione che consenta di usufruire di un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi in cui l'Assicurato sia al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti.

Indicare il periodo di Retroattività richiesta:

No retro	5 anni	10 anni	illimitata
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4) 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

## 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.

#### 5) FRANCHIGIA FACOLTATIVA

**AVVERTENZA:** solo qualora non siano presenti sinistri pregressi (vedere precedente punto 2) 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	

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

Selezionare la Garanzie aggiuntive opzionali che si intende acquistare:

Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimito di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)	Garanzia acquistata
Responsabilità personale professionale del personale in regime libero professionale	Massimale di Polizza	

#### 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.

# AMTRUSTPoliambulatori

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

### Assicurazione per la Responsabilità civile delle Strutture sanitarie private

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

## 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](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità indicate sul sito del Garante ([www.garanteprivacy.it](http://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 \_\_\_\_\_

## 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 € 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: \_\_\_\_\_



## 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: \_\_\_\_\_

