

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.89.78.68.55** Per informazioni tel. **02.89.78.68.11**

MODULO PROPOSTA RESPONSABILITÀ CIVILE ED AMMINISTRATIVA PROFESSIONALE COLPA GRAVE DEI MEDICI DIPENDENTI O CONVENZIONATI

DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE

Legge Nr. 24 dell'8 Marzo 2017 con esclusione dei Sanitari Liberi Professionisti
Convenzione CSMM

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
Specializzazione:		
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.		Fax
<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico <input type="checkbox"/> Dipendente Privato		
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia		
<input type="checkbox"/> Dirigente medico che svolge attività chirurgica		
<input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica / Specializzando		
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la Polizza di Tutela Legale		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di Tutela Legale
<input type="checkbox"/> Aggiungo alla proposta la Polizza di 3Virus		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di 3Virus
Effetto		
Scadenza		
L'importo della quota associativa CSMM per l'anno in corso è di € 60,00		
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso - sanita.academy		
IMPORTO TOTALE		€
Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite		
Bonifico bancario: BANCO BPM - C/C intestato		
Assimedici Srl IBAN: IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500 - Causale: nome e cognome		

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente

MARCO ROSELLI

VIA APPIANO 16

ROMA - RM - 00136

Tel. 0639744481

info@rossellinsurance.it

ISCRIZIONE RUI: A000004583 - P. IVA: 17906341007

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA/SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

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

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Data di decorrenza della Polizza: ___/___/_____

1. Frazionamento del Premio

Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelto:

Annuale Semestrale Quadrimestrale Trimestrale

2. Altre coperture attive per il medesimo rischio

Indicare se 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 assicurati con la presente Polizza:

Sì No

AVVERTENZA: In caso di risposta affermativa, indicare l'Impresa di assicurazione con cui è stato sottoscritto il contratto assicurativo:

3. Qualifiche e Garanzie

È possibile selezionare una o più opzioni sotto riportate, nel limite delle seguenti combinazioni: **A / B / C / A+B**

- A) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO
Garanzia Base I (Colpa Grave) – Dipendente Pubblico
- B) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO
Garanzia Base I (Colpa Grave) – Dipendente Privato
- C) SPECIALIZZANDO
Garanzia Base I e II – Specializzando (Pubblico e/o Privato)



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 della Responsabilità Civile Professionale del Medico

4. Categoria di rischio

Indicare la Categorie di rischio che l'Assicurato svolge:

A) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO

Se selezionato "A" al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie:

Può essere selezionata solo una Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

Avvertenza:

La Categoria di Rischio con cod. 01 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 02

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER PERIODO DI ASSICURAZIONE			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
01	Dirigente medico inclusa attività di Ginecologia e ostetricia				
02	Dirigente medico esclusa attività di Ginecologia e ostetricia				

B) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO

Se selezionato "B" al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie:

Può essere selezionata solo una Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

Avvertenza:

La Categoria di Rischio con cod. 03 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 04

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER PERIODO DI ASSICURAZIONE			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
03	Dirigente medico inclusa attività di Ginecologia e ostetricia				
04	Dirigente medico esclusa attività di Ginecologia e ostetricia				

C) SPECIALIZZANDO

Se selezionato "C" al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie:

Può essere selezionata solo la Categoria di Rischio per Qualifiche e Garanzia, contrassegnando il Massimale scelto con una "X".

SPECIALIZZANDO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER PERIODO DI ASSICURAZIONE			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
05	Specializzando				

5. Retroattività

È necessario indicare un solo periodo di retroattività che verrà esteso a tutte le garanzie di Polizza:

10 anni illimitata

6. Condanne per "Colpa Grave"

Indicare se l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, con sentenza dell'Autorità competente o sia intervenuta definizione con giudizio abbreviato presso la Corte dei conti o transazione stragiudiziale:

Sì No

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la Polizza.

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

7. Licenziamento per giusta causa

Se selezionata una tra le opzioni A) e/o B) al precedente punto 3) Qualifiche e Garanzie, indicare se l'Assicurato, negli ultimi 5 (cinque) anni, ha subito licenziamento per giusta causa connessa all'attività professionale di Dipendente Pubblico o Dipendente Privato che si intende assicurare con la presente Polizza:

Sì No

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la Polizza.

8. Garanzie Aggiuntive Opzionali a pagamento (facoltative ad integrazione di quanto selezionato)

Selezionare le Garanzie Aggiuntive Opzionali che si intende acquistare:

Dipendente Pubblico Plus

- ✓ Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile
- ✓ Condanna in solido con la Struttura in sede civile
- ✓ Condanna al pagamento di provvisoria in sede penale

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 500.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

AVVERTENZA (2): la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" al precedente punto 4).

Pregressa attività da Dipendente Privato

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

AVVERTENZA (2): la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" al precedente punto 4).

Ruolo apicale – Perdite Patrimoniali

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 200.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

AVVERTENZA (2): la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" e/o "B" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" o "Cod. 03" o "Cod. 04" al precedente punto 4).

Altre Perdite Patrimoniali

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 200.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

AVVERTENZA (2): la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" e/o "B" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" o "Cod. 03" o "Cod. 04" al precedente punto 4).

Attività compatibili con la Scuola di Specializzazione

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

AVVERTENZA (2): la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "C" al precedente punto 3) e "Cod. 05" al precedente punto 4).

AVVERTENZA (3): qualora selezionata la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, è necessario indicare se negli ultimi 5 (cinque) anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento tese ad accertare la responsabilità dell'Assicurato:

Sì No

AVVERTENZA (4): in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale.



QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

Attività accessorie – Responsabilità Civile

AVVERTENZA (1): la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 1.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

AVVERTENZA (2): la seguente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è acquistabile solo se selezionato "A" e/o "B" al precedente punto 3) e "Cod. 01" o "Cod. 02" o "Cod. 03" o "Cod. 04" al precedente punto 4).

AVVERTENZA (3): qualora selezionata la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale, è necessario indicare se negli ultimi 5 (cinque) anni sono state avanzate Richieste di Risarcimento tese ad accertare la responsabilità dell'Assicurato:

Sì No

AVVERTENZA (4): in caso di risposta affermativa non è possibile acquistare la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale.

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 _____

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.

Firma del Proponente/Assicurando

_____, li _____



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)

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Peri informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Modulo Proposta per **TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
Specializzazione:		
Premio:		
MASSIMALE	<input type="checkbox"/>	€ 30.000,00
MASSIMALE	<input type="checkbox"/>	€ 50.000,00

Effetto _____ Scadenza _____
La polizza dovrà avere effetto l'ultimo giorno del mese ed avrà prima scadenza trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

Bonifico bancario: Banco BPM C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

Carta di Credito: VISA MASTERCARD

NR. |__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|

Scad. |__|__|_|/|__|__|_| CVV*|__|__|_|

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

**Da inviare via fax allo: 02.23.36.91.11
unitamente al modulo di proposta**

Cognome	Nome		
Luogo	Prov.	Data di nascita	/ /
Telefono / cellulare	E-mail		
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Cod. Fiscale			
Ragione sociale Azienda / Ente			
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Telefono	Fax		
Recapiti corrispondenza preferiti : <input type="checkbox"/> personali		<input type="checkbox"/> aziendali	
Professione/specializzazione			
Ordine / Albo / Collegio di			
Numero di iscrizione	in data / /		

Richiede l'iscrizione all' Associazione C.S.M.M.

- AUTORIZZA il presidente dell'Associazione C.S.M.M. al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione C.S.M.M. tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- SI IMPEGNA a versare la quota associativa di **Euro 60,00** per l'anno in corso
- SI IMPEGNA a leggere lo Statuto dell'Associazione C.S.M.M. sul sito www.malpractice.it

Data _____ Firma _____

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 indagini 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