

Polizza di Assicurazione RC Professionale per MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

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

Contraente _____

Indirizzo _____

Cap _____

Città _____

Prov. _____

Tel. Abitazione _____

Cellulare _____

E-mail _____

Fax _____

Cod. Fiscale _____

Partita IVA _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Prov. _____

Specializzazione: _____

Iscritto all'Ordine di _____

Iscrizione Nr. _____

Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus** allegando il modulo di adesione

Rinuncio alla polizza **3Virus**

Aggiungo alla proposta la polizza di **Tutela Legale** allegando il modulo di adesione

Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

Effetto | | | | Scadenza | | | | Prima Rata | | | |

L'importo della quota associativa **CSMM** per l'anno in corso è di **€ 60,00**

Desidero ricevere una Fad con crediti ECM – sanita.academy

MASSIMALE €

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

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 _____

MARCO ROSELLI

VIA APPIANO 16

ROMA - RM - 00136

Tel. 0639744481

info@rossellinsurance.it

ISCRIZIONE RUI: A000004583 - P. IVA: 17906341007

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M F <input type="checkbox"/> <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 F <input type="checkbox"/> <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	

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**3. Iscrizione all'Albo Professionale**

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

 NO Sì**4. Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust**

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

 NO Sì**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.****5. Altre coperture attive con altri assicuratori per il medesimo rischio**

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

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



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

- Aree mediche non chirurgiche Aree mediche chirurgiche

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

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

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

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

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

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)



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

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

NO Sì

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

NO Attività invasive minori Attività invasive e mezzi di soccorso

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)



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

NO SÌ

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

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

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

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

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)



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

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

DATA CESSAZIONE ATTIVITÀ

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

NO SÌ

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

15. Selezionare la Retroattività richiesta:

10 anni Illimitata

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)



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

1 milione 2 milioni 3 milioni 5 milioni

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

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

2 milioni 3 milioni 5 milioni

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

1 milione 2 milioni 3 milioni 5 milioni

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

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

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

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

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

Nessuna € 2.500,00 € 10.000,00

21. **Garanzie Aggiuntive**

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

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

22. **Sinistrosità**

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

Nessuno 1 Sinistro 2 Sinistri Più di 2 Sinistri

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

23. **Fatti Noti**

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

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

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

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)



24. Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta diversa da "Nessuno" ad almeno una delle richieste dei punti 22 e 23 del presente Questionario**A) Sinistri****1° Sinistro**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

2° Sinistro

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

B) Fatti Noti**1° Fatto Noto**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

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)



2° Fatto Noto

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;

la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/___ Il Contraente _____

Trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito info-privacy@amtrustgroup.com al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione _____, li ___/___/___

Il Contraente _____

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)



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