

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

Dati dell'Aderente (*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	

1. Decorrenza

Indicare la Data di decorrenza della Polizza: ___/___/_____

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'Aderente 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. Garanzie

Selezionare le Garanzie che si intende acquistare:

- A) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO
Garanzia Base (Colpa Grave) – Dipendente Pubblico – Massimale € 5.000.000
✓ Inclusa Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile¹

¹ **AVVERTENZA:** la presente sezione "Azione di rivalsa anticipata per colpa grave in sede civile" è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 250.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

- B) MEDICO DIPENDENTE PUBBLICO PLUS
Garanzia Base (Colpa Grave) – Dipendente Pubblico – Massimale € 5.000.000
Garanzia Aggiuntiva Opzionale – Dipendente Pubblico Plus²
✓ 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

² **AVVERTENZA:** la presente Garanzia Aggiuntiva Opzionale è prestata fino alla concorrenza del Sottolimito pari ad € 2.000.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.

4. Retroattività

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

10 anni illimitata

QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

5. Condanne per "Colpa Grave"

Indicare se l'Aderente 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

Dichiarazioni dell'Aderente

L'Aderente 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 ___/___/___

L'Aderente _____

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)

Egr. Cliente,

questa e-mail Le viene inviata in merito alla gestione dei suoi dati all'interno della nostra banca dati che permette di poter accedere ai nostri servizi di brokeraggio assicurativo.

In osservanza al Regolamento europeo sulla protezione dei dati (Reg. UE 2016/679 GDPR) la nostra informativa sul trattamento dati, descrive il modo in cui raccogliamo, usiamo, trasferiamo e memorizziamo le Sue informazioni.

Ci siamo dotati di procedure in linea con le normative europee ed italiane, garantendo ai nostri clienti tutti i diritti identificati negli artt. da 15 a 22 del Regolamento (riportati integralmente nella ns informativa). La nostra Informativa sulla protezione del trattamento dati è visionabile su www.ecclesiageas.it

E' importante che ci inoltri l'allegato firmato e possibilmente anche timbrato con la scelta delle opzioni in esso riportate per il trattamento dei dati, altrimenti non potremo erogare i nostri servizi.

Ci teniamo a restare in contatto, sia per poterLe inviare comunicazioni tecniche relative ai servizi erogati dalla Ecclesia Geas Sanità S.r.l., sia per aggiornarLa su novità di prodotto, promozioni e iniziative.

In qualsiasi momento a conclusione del periodo contrattuale, potrà cancellarsi, modificare, limitare il tipo di trattamento scrivendo a reclami@ecclesiageas.it

Per non ricevere più le nostre informative sui nostri prodotti e servizi assicurativi, potrà cancellarsi scrivendo a reclami@ecclesiageas.it

Per maggiori informazioni consultare il sito del Garante della Protezione dei Dati Personali: <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue/>

ALLEGATO:

Consenso al trattamento dei dati personali e autorizzazione a comunicazioni con strumenti telematici

Il Dott./Dott.ssa
C.F.
con sede in Città..... C.a.p.....
Tel Email.....

Autorizzazione a trasmettere la documentazione per mezzo di strumenti informatici

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina normativa e regolamentare il Sottoscritto autorizza il broker a trasmettere tutta la documentazione, ivi inclusi la corrispondenza, le informazioni di cui al processo di coerenza dei contratti, l'informativa precontrattuale e i documenti contrattuali per mezzo di strumenti informatici con invio all' indirizzo di posta elettronica sopra indicato, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali e successive variazioni del recapito indicato.

L'autorizzazione è conferita per tutti i contratti intermediati.

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato dal Broker che la presente autorizzazione è revocabile in qualunque momento, e che tale revoca potrà comportare l'applicazione, a mio carico, degli oneri connessi alla stampa e all'invio della documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti intermediati per il tramite del broker in esecuzione del presente incarico

Firma e timbro del Professionista

.....



Consenso al trattamento dei dati da parte della Ecclesia Geas Sanità S.r.l.

dichiara di avere letto e compreso l'informativa sulla protezione dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 2016/679, disponibile sul sito www.ecclesiageas.it

- acconsente al trattamento dei dati pertinenti al contratto stipulato in quanto obbligo contrattuale e di legge
- acconsente al trasferimento dei dati a Società terze (Imprese di assicurazione e Intermediari), aventi sede anche all'estero (UE e extra UE), con le quali Ecclesia GEAS Sanità abbia in corso rapporti di collaborazione, esclusivamente per gli adempimenti connessi all'espletamento dell'attività di intermediazione assicurativa e gestione sinistri svolta da Ecclesia GEAS Sanità;
- acconsente al trattamento dei dati al fine di una corretta comunicazione per la gestione dei presenti e futuri rapporti lavorativi pertinenti al contratto stipulato

Firma e timbro del Professionista

.....



dichiara di avere richiesto ai propri pazienti e ottenuto l'autorizzazione al trasferimento dei dati personali sanitari al broker intermediario assicurativo in caso di sinistro.

Firma e timbro del Professionista

.....



acconsente alla ricezione di comunicazioni su prodotti e servizi della Ecclesia Geas Sanità S.r.l.

Acconsento

Non acconsento

Firma e timbro del Professionista

.....

