

Dati del Contraente (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M ☐ F ☐	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 ☐	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: _____

AVVERTENZA: la Polizza decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato.**2. Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta:**
☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Quadrimestrale ☐ Trimestrale
3. Iscrizione all'Albo Professionale

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

☐ NO ☐ SI
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 ☐ SI
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 ☐ SI

Se Sì, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

6. Indicare l'Attività di libera professione in corso di maggior rischio che l'Assicurato intende assicurare (è necessario contrassegnare con una "X" l'Attività di maggior rischio. È POSSIBILE SELEZIONARE 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 3 corrisponde al gruppo di Attività più rischiose.

Elenco Attività assicurate	Gruppo di Rischio	Attività di maggior rischio che l'Assicurato intende assicurare
Odontoiatria senza implantologia	1	
Ortodonzia		
Odontoiatria con implantologia osteointegrata	2	
Odontoiatria con implantologia altre metodiche	3	

7. L'Assicurato svolge anche Attività di Medicina Estetica / Medico di medicina generale (rispondere **ESCLUSIVAMENTE** se selezionato "Odontoiatria senza implantologia" o "Ortodonzia" alla domanda 6).

☐ NO ☐ SÌ

8. L'Assicurato intende Assicurare un'Attività libero professionale CESSATA?

☐ NO ☐ SÌ

9. Quale Attività libero professionale CESSATA vuole assicurare l'Assicurato? (segnare con una X il campo "Attività libero professionale CESSATA che l'Assicurato intende assicurare" **ESCLUSIVAMENTE** se risposto "SÌ" al punto 8. È POSSIBILE SELEZIONARE ESCLUSIVAMENTE UNA SOLA ATTIVITÀ)

Elenco Attività assicurate	Attività libero professionale CESSATA che l'Assicurato intende assicurare
Odontoiatria senza implantologia	
Ortodonzia	
Odontoiatria con implantologia osteointegrata	
Odontoiatria con implantologia altre metodiche	

AVVERTENZA: Se l'Assicurato seleziona un'Attività libero professionale CESSATA verrà ricompresa in copertura **ESCLUSIVAMENTE** l'Attività selezionata.

10. Indicare la data di cessazione dell'Attività (compilare **ESCLUSIVAMENTE** se risposto SÌ al punto 8)

DATA CESSAZIONE ATTIVITÀ

11. L'Assicurato svolge l'Attività esclusivamente presso una o più Strutture?

☐ NO ☐ SÌ

AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa si dichiara che l'intera Attività libero professionale oggetto della copertura assicurativa è ed è stata svolta dall'Assicurato per l'intero periodo di retroattività esclusivamente presso una o più Strutture, in nome e per conto delle stesse ed in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'Assicurato nei confronti del paziente.

12. Selezionare la Retroattività richiesta:

☐ 10 Anni ☐ Illimitata

13. Selezionare il Massimale per Sinistro

☐ 2 milioni ☐ 3 milioni ☐ 5 milioni

14. Massimale per Periodo/Serie di Sinistri

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

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

15. Qualora venga risposto ESCLUSIVAMENTE “Nessuno” alla domanda 17, è prevista una Franchigia per sinistro pari ad € 500,00. Indicare l’eventuale Franchigia facoltativa più elevata che si desidera acquistare in alternativa tra:

☐ € 1.000,00 ☐ € 2.500,00 ☐ € 3.000,00

16. Garanzie Aggiuntive

L’Assicurato vuole 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	

17. Sinistrosità

Sono stati denunciati sinistri, o comunque notificati all’Assicurato, negli ultimi 5 anni?

☐ Nessuno ☐ 1 Sinistro ☐ 2 Sinistri ☐ Più di 2 Sinistri

AVVERTENZA: in caso di risposta diverso da “Nessuno o 1 Sinistro” è necessario compilare l’Allegato Sinistri e Fatti Noti in ogni sua parte e contattare la Direzione. In caso di risposta “1 Sinistro” è necessario compilare il successivo punto 19.

18. Fatti noti

L’Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza, è a conoscenza di “Fatti noti” e/o Circostanze avvenuti negli ultimi 5 anni dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua Responsabilità civile

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

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da “Nessuno” è necessario compilare l’Allegato Sinistri e Fatti Noti in ogni sua parte e contattare la Direzione.

19. Sinistrosità dell’Assicurato

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta “1 Sinistro” al precedente punto 17 del presente Questionario

A) Sinistri
1° Sinistro

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 omissso 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 _____ lì ____/____/____

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 _____ lì ____/____/____

Il Contraente _____