

Per ricevere formale quotazione, non vincolante, è necessario inviare tramite mail all'indirizzo sanita@geassanita.it il Questionario raccolta dati e l'informativa privacy 679, debitamente compilati e sottoscritti.

Si sottolinea inoltre l'importanza di acquistare la garanzia aggiuntiva **Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)**, in quanto, esclusivamente per la Convenzione AOGOI/AGITE (tramite apposita appendice che verrà emessa sui singoli contratti), la compagnia AmTrust, in caso di acquisto di suddetta garanzia con un premio aggiuntivo pari ad **€ 515,00**, estende la copertura assicurativa alle **comprovate Perdite Patrimoniali conseguenti ad errata diagnosi prenatale** (con Sottolimito pari ad Euro 1.000.000 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione).

Scegliendo questa estensione, vengono coperte le accertate Perdite Patrimoniali che i genitori sostengono in caso di nascita indesiderata.

Ad esempio: comprovate spese a cui genitori devono far fronte in seguito alla nascita del figlio con malformazioni o problemi di salute, non diagnosticati dall'Assicurato e tali che, se conosciuti, avrebbero comportato l'interruzione della gravidanza. Questo indipendentemente dal fatto che vi sia un Danno (lesioni personali, morte o danneggiamento a cose) imputabile all'Assicurato subito dalla paziente o dal nascituro.

Linea Professione Protetta

Questionario di Raccolta Dati

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*	DATA DI NASCITA*	PROVINCIA*		RECAPITO TELEFONICO	

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

COGNOME E NOME*		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*	DATA DI NASCITA*	PROVINCIA*		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 che coprano l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza, fatta eccezione per il contratto AmTrust Assicurazioni numero RCM23004?

☐ NO ☐ SÌAVVERTENZA: 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 ☐ SÌAVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.

6. 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 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 ed il gruppo di rischio 5 corrisponde al gruppo di attività più rischiose.

Elenco Attività Assicurate	Gruppo di Rischio	Attività di maggior rischio che si intende assicurare
Ginecologia e Ostetricia ambulatoriale senza atti invasivi	1	
Ginecologia e Ostetricia ambulatoriale con atti invasivi	2	
Ginecologia con fecondazione assistita con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)	3	
Ginecologia con fecondazione assistita con interventi chirurgici (esclusa ostetricia ma compreso parto cesareo in elezione)	4	
Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto	5	

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)



AmTrust Assicurazioni

Linea Professione Protetta

Questionario di Raccolta Dati

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

☐ NO ☐ SÌ

8. 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 7. È POSSIBILE SELEZIONARE ESCLUSIVAMENTE UNA SOLA ATTIVITÀ)

Elenco Attività CESSATE Assicurate	Gruppo di Rischio	Attività CESSATA che si intende assicurare
Ginecologia e Ostetricia ambulatoriale con atti invasivi	2	
Ginecologia con fecondazione assistita con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)	3	
Ginecologia con fecondazione assistita con interventi chirurgici (esclusa ostetricia ma compreso parto cesareo in elezione)	4	
Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto	5	

9. Indicare la data di cessazione dell'attività libero professionale CESSATA (compilare ESCLUSIVAMENTE se risposto "SÌ" alla domanda 7)

Data cessazione Attività: _____

10. Selezionare la Retroattività richiesta:

☐ 10 anni ☐ Illimitata

11. Selezionare il Massimale per Sinistro per l'attività libero professionale svolta:

☐ € 1.000.000* ☐ € 2.000.000 ☐ € 3.000.000 ☐ € 5.000.000

*AVVERTENZA: Si specifica che, in caso di acquisto dell'attività di Ginecologia e Ostetricia ambulatoriale con Atti Invasivi, Ginecologia con fecondazione assistita con interventi chirurgici (esclusa ostetricia), Ginecologia con fecondazione assistita con interventi chirurgici (esclusa ostetricia ma compreso parto cesareo in elezione) e Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita), l'opzione di Massimale per Sinistro pari a 1 milione non è acquistabile

12. 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

13. Garanzia Aggiuntiva

Si intende acquistare la seguente Garanzia Aggiuntiva "Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali"?

☐ NO ☐ SÌ

14. Garanzia Aggiuntiva

Si intende acquistare la seguente Garanzia Aggiuntiva "Altre Perdite Patrimoniali e conduzione studio (RCT-RCO)"?

☐ NO ☐ SÌ

15. 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 l'Allegato "Sinistri e Fatti Noti" e contattare la Direzione.

16. 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, l'Allegato "Sinistri e Fatti Noti" 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)



AmTrust Assicurazioni

Linea Professione Protetta

Questionario di Raccolta Dati

Allegato Sinistri e Fatti Noti

Dati del Proponente/Assicurato (*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME*	CODICE FISCALE*	SPECIALIZZAZIONE MEDICA CONSEGUITA*
-----------------	-----------------	-------------------------------------

1. PRECEDENTI ASSICURATIVI DEL PROPONENTE/ASSICURATO

Indicare se è mai stato rifiutato il rinnovo di una polizza per la Responsabilità Civile Professionale da parte di una Compagnia Assicurativa.

Indicare con una X se:

- È mai stato rifiutato il rinnovo della polizza:

☐ SÌ, breve descrizione (Compagnia, Polizza es.: _____)

☐ NO

2. SINISTRI PREGRESSI (PER CIASCUN SINISTRO COMPILARE UN ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)

Il Proponente/Assicurato, negli ultimi 5 (cinque) anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento - così come definite nel Glossario - per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

☐ Nessuno ☐ 1 Sinistro ☐ 2 Sinistri ☐ Più di 2 Sinistri (indicare quante Richieste di Risarcimento): _____

Data evento/prestazione/intervento: _____ Data ricezione dell'atto/notifica: _____

Prestazione/intervento: _____

Ruolo svolto dal Proponente/Assicurato: _____

Altro personale sanitario coinvolto (nome e ruolo): _____

Dove è avvenuto l'evento/prestazione/intervento:

☐ Studio medico ☐ Struttura sanitaria (azienda ospedaliera/clinica/poliambulatorio): _____

Età del danneggiato: _____

☐ Lesioni, grado di invalidità: ☐ Decesso ☐ Danno patrimoniale (Perdite Patrimoniali)

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Soggetti destinatari della Richiesta di Risarcimento:

☐ Proponente/Assicurato ☐ Struttura sanitaria ☐ Altro personale sanitario

Modalità attraverso la quale il Proponente/Assicurato è giunto a conoscenza della Richiesta di Risarcimento:

- ☐ Richiesta risarcimento / istanza di mediazione/atto di citazione/chiamata in causa da parte del terzo danneggiato (o aventi causa)
- ☐ Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Artt. 696 e 696 bis c.p.c.
- ☐ Costituzione di Parte Civile in un procedimento penale
- ☐ Azione diretta del terzo danneggiato (o aventi causa)
- ☐ Chiamata in causa da parte della Struttura sanitaria
- ☐ Invito a dedurre da parte del pubblico ministero presso la Corte dei conti nei confronti del Proponente/Assicurato ritenuto responsabile per colpa grave
- ☐ Azione di responsabilità amministrativa o di rivalsa, anche in via di surroga, nei confronti del Proponente/Assicurato ritenuto responsabile per colpa grave

Ammontare del danno richiesto: _____

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)



AmTrust Assicurazioni

Linea Professione Protetta

Questionario di Raccolta Dati

Stato del Sinistro:

- ☐ Procedimento civile in corso
☐ Procedimento civile concluso con addebito di responsabilità
☐ Procedimento civile concluso senza addebito di responsabilità
☐ Procedimento civile impugnato, grado di giudizio: _____
☐ Transazione

Importo risarcito: € _____

3. **FATTI NOTI** (PER CIASCUN FATTO NOTO COMPILARE UN ALLEGATO IN OGNI SUA PARTE)

Il Proponente/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 che intende assicurare con la presente Polizza?

- ☐ Nessuno ☐ 1 Fatto Noto ☐ 2 Fatti Noti ☐ Più di 2 Fatti Noti (indicare quanti Fatti Noti): _____

Data evento/prestazione/intervento: _____

Data presa conoscenza del Fatto Noto: _____

Indicare la tipologia di Fatto Noto:

- ☐ Il **primo atto di inchiesta penale** di cui venga a conoscenza l'Assicurato ivi compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il sequestro probatorio disposto dall'autorità inquirente anche per il tramite della Polizia Giudiziaria

- ☐ Querela ☐ Avviso conclusione indagini preliminari ☐ Avviso di garanzia ☐ Altro _____

Se in corso un processo penale, indicarne:

Imputazione: _____

Stato e grado del giudizio: _____

Numero procedimento _____

- ☐ Una **Richiesta di Risarcimento già indirizzata a soggetti diversi dall'Assicurato** in conseguenza dell'attività professionale esercitata dall'Assicurato stesso e/o dai suoi collaboratori, sostituti temporanei e/o sottoposti, di cui l'Assicurato sia venuto a conoscenza;
- ☐ **Notizie di pubblico dominio** risultanti da un qualunque mezzo di informazione e dalle quali emergano presunte o possibili responsabilità dell'Assicurato atte a generare una Richiesta di Risarcimento;
- ☐ La **relazione tecnica richiesta dalla direzione della Struttura sanitaria**, con cui il Proponente/Assicurato è portato a conoscenza dell'esistenza di una Richiesta di Risarcimento o di un Fatto Noto.

Struttura sanitaria (azienda ospedaliera/clinica/poliambulatorio) coinvolta: _____

La Richiesta di Risarcimento è indirizzata:

- ☐ Esclusivamente alla Struttura sanitaria ☐ Sia al Proponente/Assicurato che alla Struttura sanitaria

La Struttura sanitaria ha preso in carico la gestione / respinto / transato il sinistro: _____

Riportare una breve descrizione del Fatto Noto:

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)



AmTrust Assicurazioni

Linea Professione Protetta

Questionario di Raccolta Dati

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 _____ 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. Le basi giuridiche del trattamento sono: i) l'esecuzione di misure precontrattuali, ii) l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e iii) 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, che in ogni caso può in qualsiasi momento consultare alla pagina "privacy" del sito internet del Titolare: www.amtrust.it. 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.

Luogo e data della sottoscrizione _____ li ____/____/____

Il Contraente _____



AmTrust Assicurazioni

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)