



# 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

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"/> Dirigente medico che non svolge attività chirurgica		
<input type="checkbox"/> Medico in formazione specialistica / Specializzando		
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>Tutela Legale</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di Tutela Legale
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo</b> alla proposta la Polizza di <b>3Virus</b>		<input type="checkbox"/> Rinuncio alla Polizza di 3Virus
Effetto		Scadenza
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso - sanita.academy		
<b>IMPORTO TOTALE</b>		€

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
Il Proponente

## 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	

### 1) 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 E/O CONVENZIONATO, INCLUSA L'ATTIVITÀ INTRAMOENIA ANCHE ALLARGATA  
**Garanzia I - Responsabilità del dipendente pubblico o convenzionato compresa l'attività di intramoenia anche allargata**  
✓ Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- B) MEDICO DIPENDENTE PRIVATO E/O CONVENZIONATO  
**Garanzia II - Responsabilità del dipendente privato o convenzionato**  
✓ Azione di rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- C) MEDICO SPECIALIZZANDO  
**Garanzia I e II – Responsabilità del Medico Specializzando (Pubblico e/o Privato)**  
✓ Azione di Responsabilità Amministrativa in conseguenza di danni erariali nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazione della Struttura Sanitaria Pubblica, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Rivalsa esperita dalla Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge;  
✓ Azione di Surrogazione esperita dall'impresa di assicurazioni della Struttura Sanitaria Privata, nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge.
- Estensione della copertura alla libera professione:**  
✓ Sostituzione Medico di Medicina Generale  
✓ Servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica)  
✓ Guardia turistica  
✓ Guardia interdivisionale

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

### Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

#### 1.1) Indicare la Categoria di rischio che l'Assicurato svolge o ha svolto negli ultimi 10 anni

##### Avvertenza:

È prevista solo la Retroattività di 10 (dieci) anni

##### Se selezionato "A" al precedente punto 1) 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 e 03

La Categoria di Rischio con cod. 02 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 03

DIPENDENTE PUBBLICO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
01	Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)				
02	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva				
03	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva				

##### Se selezionato "B" al precedente punto 1) 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. 04 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 05 e 06

La Categoria di Rischio con cod. 05 copre anche le attività delle Categorie di Rischio con cod. 06

DIPENDENTE PRIVATO		MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
04	Dirigente medico che svolge attività di Ginecologia e Ostetricia (con e senza attività chirurgica e invasiva)				
05	Dirigente medico che svolge attività chirurgica, non chirurgica e invasiva				
06	Dirigente medico che NON svolge attività chirurgica e invasiva				

##### Se selezionato "C" al precedente punto 1) 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 ANNO			
COD	CATEGORIA DI RISCHIO	1.000.000	2.000.000	3.000.000	5.000.000
07	Medico in formazione specialistica/specializzando				

#### 2) Condanne per "Colpa Grave"

Indicare se l'Assicurato è mai stato condannato per Colpa Grave, negli ultimi 10 (dieci) anni, al pagamento di un importo complessivo pari o superiore ad € 5.000,00 (cinquemila):

NO  SI

Avvertenza: se la risposta è positiva, il prodotto non è assumibile

#### 3) 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 SI, indicare i seguenti dati del contratto assicurativo sottoscritto:

IMPRESA ASSICURATRICE	NUMERO DI POLIZZA	DATA DECORRENZA POLIZZA	DATA SCADENZA POLIZZA

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale del Medico

### 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

### 5) **Licenziamento per giusta causa**

Se selezionata una tra le opzioni **A)** e/o **B)** del precedente punto 1) *Qualifiche e Garanzie*

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, limitatamente all'Attività svolta in qualità di Dipendente pubblico o Dipendente privato, ha subito il licenziamento per giusta causa da parte del datore di lavoro?

NO  SI

**Avvertenza: se la risposta è positiva, il prodotto non è assumibile**

### 6) **Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa**

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

### Treatmento 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](mailto: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  
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](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto: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)