

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex art. 58 Reg. IVASS n. 40/2018

Il presente questionario ha lo scopo di fornire al Distributore le informazioni utili a valutare le richieste ed esigenze assicurative. Qualora il Contraente non intenda fornire una o più informazioni dovrà sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste" con la consapevolezza che questo potrebbe pregiudicare la corretta valutazione di adeguatezza del prodotto assicurativo offerto. Qualora il Contraente intendesse sottoscrivere comunque un contratto assicurativo non adeguato dovrà sottoscrivere la "Dichiarazione di volontà di acquisto pur in assenza, anche parziale, di coerenza con le richieste ed esigenze del Contraente".

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Persona Giuridica: Ragione Sociale _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Settore dell'Attività svolta _____
Oggetto sociale _____
Residenza/Sede legale _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____
Fatturato _____

PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

- Obblighi di legge
 Impegni contrattuali
 Assenza di Obblighi di legge
 Assenza impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

- Attività di impresa Attività Extra Lavorativa

Si dichiara che:

- il potenziale Assicurato necessita di una copertura assicurativa relativa all'Attività professionale Sanitaria Sì No
- si ha la consapevolezza che la copertura assicurativa prevede la formula **Claims made**, volta a tenere indenne l'Assicurato dalle Richieste di Risarcimento da questo ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso Periodo di Assicurazione, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi nel Periodo di Assicurazione, o in precedenza purché entro il periodo di Retroattività acquistato? Sì No

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" ad almeno uno dei punti 1 e 2 allora **prodotto non adeguato**

- si necessità di una copertura assicurativa per l'Attività professionale Sanitaria o sociosanitaria? Sì No
 - Se "Sì", per quale tipo di Attività professionale medica?

A. per l'Attività di odontoiatria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
B. per l'Attività di radiologia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
C. per l'Attività di laboratorio analisi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
D. per l'Attività Ambulatoriale di ginecologia e di Fecondazione assistita	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>



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)

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex art. 58 Reg. IVASS n. 40/2018

E. per l'Attività Ambulatoriale non chirurgica e non Invasiva e attività di fisioterapia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
F. Per l'Attività Socioassistenziale, presso la Struttura, che prevede la degenza notturna e/o gli accessi giornalieri	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
G. Per l'Attività Socioassistenziale presso terzi	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
H. Per l'Attività Ambulatoriale Invasiva e chirurgica, con o senza degenza notturna	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
I. Altro	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

AVVERTENZA: Se valorizzato "NO" al punto 3 allora **prodotto non adeguato**.

Multi selezione possibile tra le lettere: **A + B + C + D + E + F + G + H** del punto 3.1.

Se selezionato "SI" alla lettera **"I. Altro"** del punto 3.1 allora **prodotto non adeguato**.

Per quanto selezionato al punto 3.1, si necessità di una copertura assicurativa che possa prevedere:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 4. un periodo di retroattività? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5. più Attività sanitarie svolte contemporaneamente? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6. una franchigia? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7. l'estensione alla copertura al Direttore Sanitario? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8. l'estensione della copertura ai Danni Patrimoniali? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10. la rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale Dipendente e Convenzionato? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o franchigie e/o carenze? SI NO

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere un massimale unico per sinistro e per anno e diversi sottolimiti di garanzia per sinistro e per anno? SI NO

Ha già altre coperture assicurative, contratte con la nostra Compagnia o altre, che coprono le necessità assicurative precedentemente valorizzate? SI NO

Dichiarazione di adeguatezza del prodotto assicurativo

Considerate le informazioni fornite dal Contraente e raccolte dal Distributore prima della illustrazione della copertura assicurativa, si concorda che il prodotto offerto risulta adeguato alle richieste ed esigenze espresse e condivise. Tale valutazione si basa anche sulla consapevolezza condivisa col Contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le caratteristiche del prodotto assicurativo proposto, comprese quelle relative al premio, alla durata, ai massimali, alle prestazioni e limitazioni, esclusioni, scoperti e decadenze ivi previste.

Data

Firma del Distributore

Firma del Contraente

Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative Ex art. 58 Reg. IVASS n. 40/2018

Dichiarazione di volontà di acquisto pur in assenza, anche parziale, di coerenza con le richieste ed esigenze del Contraente

(Art. 58, comma 6 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018)

Il Distributore dichiara di aver informato il Contraente delle ragioni, di seguito riassunte, per le quali la proposta assicurativa potrebbe non essere pienamente adeguata alle richieste ed esigenze del Contraente.

MOTIVI DI INADEGUATEZZA: _____

Il Contraente dichiara di voler comunque stipulare il contratto assicurativo.

Data

Firma del Distributore

Firma del Contraente

Dichiarazione di rifiuto a fornire una o più delle informazioni richieste

(Art. 58, comma 5 del Regolamento IVASS n. 40 del 2018)

Il Contraente dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, nella consapevolezza che, per tale ragione, la proposta assicurativa potrebbe non essere pienamente adeguata alle richieste ed esigenze del Contraente.

Il Contraente dichiara di voler comunque stipulare il contratto assicurativo.

Data

Firma del Distributore

Firma del Contraente

Dichiaro:

- che le informazioni fornite nel presente documento corrispondono al vero.
- di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.
- di acconsentire al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.

Data

Firma del Contraente