

Questionario di Raccolta Dati ODONTOTECNICI

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. Decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

2. Frazionamento del Premio

Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta:

☐ Annuale

3. Altre coperture attive con Società del Gruppo AmTrust

Esistono altre polizze assicurative stipulate con Società del gruppo AmTrust 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.

4. Altre coperture attive con Altri Assicuratori per il medesimo rischio

Esistono altre polizze assicurative che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

☐ NO ☐ SÌ

Se SÌ, indicare il nome della Compagnia: _____

5. Iscrizione all'Albo Professionale

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

☐ SÌ

6. Cittadinanza extra UE

L'Assicurato possiede la cittadinanza al di fuori dell'Unione Europea?

☐ NO

Questionario di Raccolta Dati

7. Attività assicurata

Elenco Attività Assicurate	Gruppo di Rischio	Attività che si intende assicurare
Odontotecnico	1	X

8. Tipologia di Copertura

Selezionare la tipologia di Copertura che si desidera:

☐ Responsabilità Civile Professionale per colpa grave + Responsabilità Civile Professionale verso terzi

9. Sinistrosità

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento per i rischi che intende assicurare 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.

10. Fatti Noti

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti Noti" dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi che intende assicurare con la presente Polizza?

☐ Nessuno

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.

11. Retroattività

Selezionare la retroattività desiderata:

☐ 10 anni

Sezione RC Professionale

12. Massimale per Sinistro

Selezionare il Massimale per Sinistro:

☐ 2 milioni

13. 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
€ 2.000.000	€ 6.000.000

Sezione Tutela Legale

14. Garanzia Tutela Legale

Si intende acquistare la Garanzia "Tutela Legale Base"?

☐ NO ☐ SÌ

a. Se selezionato **SI** al punto 16, indicare se esistono altre assicurazioni di Tutela Legale cessate con Società del Gruppo AmTrust e/o con Altri Assicuratori che hanno coperto l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza:

☐ NO ☐ SÌ

Se SÌ, indicare il nome della Compagnia: _____ e la Data Cessazione della Polizza: _____

b. Se selezionato **SI** al punto 16, indicare se l'Assicurato è stato coinvolto negli ultimi 5 anni in procedimenti e/o contenziosi legali:

☐ Nessuno ☐ 1 Sinistro ☐ 2 Sinistri ☐ Oltre 2 Sinistri

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 _____

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 _____