

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 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 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

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
 Persona Giuridica: Ragione Sociale _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Professione/Attività lavorativa _____
Oggetto sociale _____
Residenza/Sede legale _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

Persona Fisica: Nome e Cognome _____
 Persona Giuridica: Ragione Sociale _____
Cod. Fiscale _____ P.IVA _____
Professione/Attività lavorativa _____
Oggetto sociale _____
Residenza/Sede legale _____
Via _____ N° civico _____ CAP _____ Provincia _____

PROFILO ASSICURATIVO

L'esigenza di copertura assicurativa è determinata da:

Obblighi di legge / Impegni contrattuali Assenza di Obblighi di legge / Impegni contrattuali

Quale ambito vuole assicurare:

Lavorativo Extra Lavorativo



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

Necessita di una copertura assicurativa:

1. relativa all'attività professionale medica? Si No
2. che tuteli l'Assicurato in seguito a sinistri insorti durante il periodo di efficacia del contratto (eccetto casi di carenza o retroattività) e denunciati entro il termine di decadenza di 24 mesi dalla cessazione del contratto, fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge. Si No

Se "Si" sia al punto 1 e 2, si necessita di una copertura assicurativa:

3. nell'ambito dell'attività professionale medica per quali esigenze assicurative?
 - Per la difesa penale Si No
 - Per vertenze di lavoro o di collaborazione col SSN Si No
 - Per vertenze con l'ordine professionale Si No
 - Per responsabilità amministrativa Si No
 - Per resistenza all'azione di rivalsa Si No
 - Per retroattività sulla difesa penale o responsabilità amministrativa Si No
 - Per spese di resistenza a richieste di risarcimento di pazienti/clienti solo a 2° rischio su polizza RC Si No
 - Per spese di resistenza a richieste di risarcimento di pazienti/clienti a 1° rischio Si No
 - Altro Si No

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere esclusioni e/o limitazioni e/o scoperti e/o carenze? Si No

La consulenza prestata dal Distributore la rende consapevole che la copertura assicurativa può prevedere massimali diversi 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



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

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