

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*	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*	RECAPITO TELEFONICO

1. Decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: _____

2. Indicare il fatturato (al netto IVA e contributi Cassa Previdenza) (segnare con una X il campo "Fascia di appartenenza")

Fatturato	Fascia di appartenenza
Fino a € 22.500	
Da € 22.501 a € 50.000	
Da € 50.001 a € 105.000	
Da € 105.001 a € 155.000	
Da € 155.001 a € 270.000	
Oltre € 270.000	<u>Valutazione Direzionale</u>

AVVERTENZA: in caso di Fascia di appartenenza "Oltre € 270.000" indicare il Fatturato: _____**3. Compilare esclusivamente se il Contraente è uno Studio: si desidera assicurare anche l'attività esercitata dai singoli Professionisti fuori dallo Studio/Società, con propria Partita IVA?** NO Sì3.1 Se risposto **SÌ** al punto 3 Indicare (fino a un max di 10, con obbligo di compilazione del primo soggetto) i singoli Professionisti:**Nome e Cognome singolo Professionista 1:** _____ **P.IVA 1:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 2:** _____ **P.IVA 2:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 3:** _____ **P.IVA 3:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 4:** _____ **P.IVA 4:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 5:** _____ **P.IVA 5:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 6:** _____ **P.IVA 6:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 7:** _____ **P.IVA 7:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 8:** _____ **P.IVA 8:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 9:** _____ **P.IVA 9:** _____**Nome e Cognome singolo Professionista 10:** _____ **P.IVA 10:** _____**AVVERTENZA:** in caso di risposta affermativa alla domanda n.3, includere gli introiti derivanti dall'attività esercitata dai singoli Professionisti fuori dallo Studio/Società, nella voce "Fatturato" della domanda n.2

4. **Sinistrosità**

Sono stati denunciati sinistri, o comunque notificati all'Assicurato, negli ultimi 5 anni?

Nessuno 1 Sinistro 2 Sinistri Più di 2 Sinistri

AVVERTENZA: in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 6

5. **Fatti Noti**

L'Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza è a conoscenza di "Fatti noti" e/o Circostanze avvenuti negli ultimi 5 anni dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua Responsabilità civile?

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, il successivo punto 6

6. **Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato**

AVVERTENZA: da compilare solo in caso di risposta diversa da "Nessuno" ad almeno una delle richieste dei punti 4 e 5 del presente Questionario

A) Sinistri**1° Sinistro**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

2° Sinistro

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

B) Fatti Noti**1° Fatto Noto**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

2° Fatto Noto

Riportare una breve descrizione dell'evento:

Data evento: _____

Data ricezione dell'Atto/notifica: _____

7. **Selezionare il Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione desiderato (segnare con una X il campo "Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione da acquistare")**

Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione	Massimale per Sinistro e per Periodo di Assicurazione da acquistare
€ 500.000	
€ 1.000.000	
€ 1.500.000	
€ 2.000.000	
€ 3.000.000	
€ 5.000.000	

8. **Selezionare la Franchigia desiderata (segnare con una X il campo "Franchigia da acquistare")**

Franchigia	Franchigia da acquistare
€ 1.500	
€ 3.000	

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 _____

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 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 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 _____