

QUESTIONARIO R.C. DEGLI AMMINISTRATORI (D&O)

AVVISO IMPORTANTE

La quotazione è subordinata all'esame di questo Questionario compilato, datato e firmato da una persona autorizzata e di ogni altra informazione o documentazione che i Sottoscrittori ritengano necessaria ai fini della corretta valutazione del rischio. È di fondamentale importanza che la Società Principale, tutte le sue Controllate qui indicate ed il dichiarante siano a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione in modo che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali indennizzi o causare l'annullamento della polizza stessa.

1. DATI SULLA SOCIETÀ PRINCIPALE

- 1.1 Ragione sociale: _____
- 1.2 Sede legale: _____
- 1.3 Codice fiscale: _____
- 1.4 Partita IVA: _____
- 1.5 Anno di costituzione: _____
- 1.6 Numero di dipendenti: _____
- 1.7 Numero di azionisti/soci: _____

1.8 La società è partecipata da un Ente Pubblico e soggetta alla tracciabilità dei flussi finanziari ed al C.I.G. (codice identificativo di gara)?

- Sì No

Se sì, riportare numero CIG:

1.9 Azionisti/soci che possiedono più del 15% del capitale sociale:

Azionista Shareholder	% del capitale % of the capital
	%
	%
	%

1.10 La Società Principale e/o una sua Controllata/Collegata sono quotate in borsa?

- Sì No

1.11 L'attività della Società è autorizzata e regolata da uno dei seguenti enti: CONSOB, Banca d'Italia, IVASS, Ufficio Italiano Cambi?

- Sì No

1.12 La Società e/o una sua Controllata/Collegata è in liquidazione o ha in corso una procedura concorsuale?

- Sì No

1.13 La Società è la sede o Branch di una Multinazionale?

- Sì No

1.14 La Società svolge la propria attività in uno dei seguenti settore: aerospaziale, aviazione, gioco d'azzardo e/o scommesse, casinò, sport professionistico, militare/difesa, minerario/petrolifero/gas, farmaceutica, tabacco, servizi pubblici (acqua, elettricità, telecomunicazioni, rete fognaria, gestione rifiuti), partiti politici, RSA/Ospedali/Strutture Sanitarie con pernottamento?

Sì No

1.15 Si descriva il settore di attività:

2. DATI FINANZIARI DELLA SOCIETÀ PRINCIPALE

2.1 Si riportino gli importi desunti dagli ultimi 2 Bilanci approvati:

	Ultimo bilancio approvato (indicare anno: 20.....)	Penultimo bilancio approvato (indicare anno: 20.....)
Totale Attività	€	€
Totale Passività	€	€
Patrimonio Netto	€	€
Valore della Produzione	€	€
Costi della Produzione	€	€
Risultato Netto	€	€

2.2 Il dati di cui al punto 2.1 sono ricavati dal Bilancio consolidato?

Sì No

Nota: Si prega di allegare copia dell'ultimo Bilancio approvato qualora la società abbia riportato una perdita e/o quando il totale dell'attivo superi Euro 5 milioni.

3. SOCIETÀ CONTROLLATE E COLLEGATE

3.1 Si indichino quali Società Controllate si desidera inserire in copertura:

Ragione sociale	Attivo	Patr. Netto	Valore produz.	Costi	Risult. Netto
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€

Note: Si considera Controllata la società partecipata dalla Società Principale per più del 50%. Si prega di precisare se taluna delle società sopra elencate deve essere considerata Controllata perché la Società Principale ne controlla i diritti di voto o la maggioranza del CdA.

3.2 Si indichino quali Società Collegate si desidera inserire in copertura:

Ragione sociale	Attivo	Patr. Netto	Valore produz.	Costi	Risult. Netto
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€
	€	€	€	€	€

Note: Si considera Collegata la società partecipata dalla Società Principale per più del 20%.

4. CIRCOSTANZE E COPERTURE PRECEDENTI

4.1 La Società Principale è mai stata assicurata prima d'ora?

Sì No

Se sì, si prega di indicare:

Compagnia: _____
 Data di scadenza: _____
 Massimale: _____
 Premio: _____

4.2 Alla Società Principale è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo?

Sì No

4.3 Vi sono state richieste di risarcimento a carico di una delle persone da assicurare che avrebbero costituito sinistro risarcibile se un'assicurazione simile a questa fosse stata stipulata?

Sì No

4.4 La Società Principale o una sua Controllata sono a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza?

Sì No

Nota: in caso di risposta affermativa ad una delle domande 4.2, 4.3 o 4.4 fornire un allegato riportante maggiori dettagli.

5. COPERTURA RICHIESTA | COVER REQUIRED

5.1 Massimale:

€ 500.000 € 1.000.000 € 1.500.000 € 2.000.000
 € 2.500.000 € 3.000.000 € 5.000.000 € _____

Nota: Il Massimale è un limite in aggregato a valere per l'insieme di tutti i Reclami notificati nel corso dell'intero Periodo di Assicurazione

6. DICHIARAZIONI | DECLARATIONS

Il sottoscritto, ricoprendo la carica sotto indicata nella Società Principale di cui al punto 1.1 di questo modulo, dichiara:

- 6.1 di essere autorizzato a compilare questo Questionario per conto della Società Principale, delle Controllate e delle persone da assicurare;
- 6.2 che tutte le risposte qui fornite dopo attenta verifica sono veritiere e corrette per quanto a propria conoscenza e secondo le proprie convinzioni;
- 6.3 di aver letto e compreso l'avviso che introduce questo Questionario;
- 6.4 di prendere atto che la firma su questo Questionario non vincola né i Sottoscrittori né la Società Principale né alcuna delle Controllate alla stipula del contratto di assicurazione.

Il sottoscritto prende inoltre atto che se l'assicurazione sarà stipulata:

- 6.5 questo Questionario e i suoi eventuali allegati verranno annessi alla polizza per fare parte integrante della stessa;
- 6.6 l'assicurazione sarà prestata nella forma "claims made", ossia a coprire i Reclami fatti per la prima volta contro la Persona Assicurata durante il Periodo di Assicurazione e che siano denunciati all'Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad Atti Illeciti commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessano gli obblighi dell'Assicuratore e nessuna denuncia potrà essere accolta.

Il sottoscritto(i) dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo come previsto dal Regolamento N. 40 del 02 Agosto 2018 dell'IVASS, dell'informativa pre-contrattuale (Allegati 3 e 4), dell'Informativa sugli obblighi degli Intermediari e dell'Informativa sulla Privacy, e sottoscrive pertanto il proprio consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016).

Nome e Cognome:

Carica ricoperta:

Data:

Firma:

Il presente Questionario è relativo ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che l'Assicuratore sia informato, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato il Reclamo stesso si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

Agli effetti dell'Art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara:

- di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "claims made" così come sopra specificato;
- di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile.

Data:

Firma:
