Società Cattolica di Assicurazione

Questionario per l'Assicurazione della Responsabilita' Civile degli Amministratori, Direttori Generali, Sindaci e Dirigenti

Proposal Form for Directors and Officers Liability Insurance

Avvertimento:

Questo Questionario si riferisce ad una copertura prestata nella forma "CLAIMS MADE", ossia a coprire i reclami fatti per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione e dallo stesso denunciati agli Assicuratori durante tale periodo, in relazione ad avvenimenti posteriori alla data di retroattività convenuta.

Il presente Questionario dovra' essere completato in ogni sua parte per consentire agli Assicuratori di formulare una proposta assicurativa, qualora non bastasse lo spazio nelle pagine del Questionario vi preghiamo di allegare ogni ulteriore informazione utile alla valutazione del rischio. A tale fine Vi preghiamo di indicare chiaramente nella Sezione A i dati della Societa' che richiede la copertura ed i nomi delle societa' controllate o collegate per le quali si desidera ottenere la copertura. Per ogni Societa' Si prega di allegare al presente Questionario i Bilanci approvati dal Consiglio di Amministrazione e completo di Relazione del Collegio Sindacale e Relazione sulla Gestione **per gli ultimi due esercizi finanziari.**

Ogni volta che all'interno di questo Questionario verranno utilizzati i termini "Sinistro" e "Circostanza" ci si riferira' a qualsiasi sinistro, procedimento, investigazione o circostanza che sarebbe coperta a termini di polizza assicurativa a garanzia della Responsabilita' Civile degli Amministratori, Sindaci e Dirigenti.

Vi preghiamo di rimettere la copia originale di questo Questionario debitamente compilato, firmato e datato a

Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa
Lungadige Cangrande, 16
37126 Verona

Tel. 045.8391 111
Fax. 045.8391 112

Questionario per l'Assicurazione della Responsabilita` Civile degli Amministratori, Direttori Generali, Sindaci e Dirigenti

Proposal Form for Directors and Officers Liability Insurance

Sezione A – Informazioni generali sulla Societa` Proponente
Section A – General information on the Proposer

A1) Nome e Ragione Sociale della Societa` / *Name and Type of Company*

.....

.....

A2) Indicare il settore di attivita` della Societa` / *Area of business of the Company*

.....

.....

A3) Sede Legale della Proponente / *Address of the Proposer Company*

Indirizzo .....

CAP e Localita` .....

Codice Fiscale/ Partita IVA

A4) Indirizzo Internet

A5) Data di costituzione della Proponente / *Date of establishment of the Proposer*

.....

A6) Indicare se la Societa` Proponente appartiene ad un gruppo ed, in caso positivo, il nome della Capogruppo / *Please indicate if the Company is part of a group and, if so, the name of the Group Holding*

.....

.....

SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE QUESTIONARIO I BILANCI APPROVATI DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE COMPLETI DI RELAZIONE DEL COLLEGIO SINDACALE E RELAZIONE SULLA GESTIONE **PER GLI ULTIMI DUE ESERCIZI FINANZIARI**.

A7) Se la Societa` e` quotata in borsa, si prega di fornire le seguenti informazioni: / *If the company is listed on a stock exchange, please indicate the following:*

Data prima quotazione

Borsa e Paese

Altre emissioni di titoli

A8) Indicare se la Societa` ha reso pubbliche informazioni relative ad offerte di azioni o altri titoli che ha intenzione di intraprendere nei prossimi 12 mesi / *Please provide information on any public offering which has been made public and which is intended to take place in the next 12 months:*

A9) Aree geografiche nelle quali la Societa` svolge la sua attivita` / *Geographical areas where the Company carries out activities:*

% sul Totale Attivo	Continente/ Paese (specificare)
	Italia
	Europa
	Nord America
	Resto del Mondo

A10) Indicare se la Societa` negli ultimi cinque anni ha: / *During the past five years has the Company:*

Cambiato denominazione?	SI ☐	NO ☐
Svolto operazioni di fusione o di acquisizione?	SI ☐	NO ☐
Subito ristrutturazioni di gruppo o nel capitale?	SI ☐	NO ☐
Liquidato o venduto parti di azienda o del gruppo?	SI ☐	NO ☐
Emesso azioni, obbligazioni o altri titoli?	SI ☐	NO ☐

Se la risposta e` SI` ad una qualsiasi delle domande sopra si prega di fornire dettagli:

A11) Dati sugli Azionisti che detengono piu` del 5% delle azioni o quote sociali (allegare organigramma del Gruppo): / *Information on shareholders who own more than 5% of total share capital (attach Group structure):*

Percentuale detenuta %	Nome Azionista

A12) Indicare il numero di azioni di proprieta` diretta ed indiretta degli Assicurati della Proponente / *Please indicate the number of shares held by the Insureds of the Proposer:*

Numero azioni	Nome

A13) Elencare le societa` collegate e controllate dalla Societa` Proponente e la percentuale di partecipazione / *Please list the controlled companies by the Proposer and the percentage owned:*

Partecipazione (%)	Societa` Controllata o Collegata

A14) Indicare se esiste un piano di partecipazione azionaria (stock option) per i dipendenti della Proponente / *Does the Company have a stock options plan for its employees:*

SI ☐ NO ☐

A15) Indicare se esistono entita` a scopo speciale ("special purpose vehicles") ed, in caso positivo e qualora non siano evidenziate nel Bilancio aziendale, quale sia l'obiettivo della loro creazione / *Does the Company have special purpose vehicles and, if so and if not recorded in the accounts, please provide an explanation on their business purpose:*

SI ☐ NO ☐

A16) Indicare se esistono patti di sindacato ed in caso positivo fornire dettagli / *Does the Company have union agreements and, if so, please specify:*

SI ☐ NO ☐

A17) Si sono dimessi o sono stati revocati sia dalla societa' che dalle consociate amministratori, sindaci e direttori generali durante gli ultimi 3 esercizi ? Se si' precisare quali e perche'. / *Have any directors or officiers resign or have been recalled by the company - or by any subsidiary - during last three financial years?*:

SI ☐ NO ☐

Sezione B – Informazioni sulla Copertura Assicurativa
Section B –Information on the Insurance Cover

SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE QUESTIONARIO UN ELENCO DEI **NOMINATIVI DEGLI ASSICURATI** (CONTRAENTE E SOCIETA' CONTROLLATE) PER I QUALI LA PROPONENTE RICHIEDE COPERTURA.

B18) Indicare se la Societa' Proponente o i suoi Assicurati abbiano mai stipulato polizze a copertura dello stesso rischio in passato, in caso positivo fornire dettagli / *Has the Company or the Insureds ever brought an insurance policy for the same risk previously, if so provide further information:*

SI ☐ NO ☐

Massimale

Assicuratore

Scadenza

B19) Indicare se sono mai state annullate alla Societa' Proponente o ai suoi Assicurati polizze a copertura del rischio oggetto del presente Questionario negli ultimi 5 anni / *Has the Company or the Insureds ever had a policy covering the same risk object of this Proposal Form, rejected or cancelled in the past 5 years:*

SI ☐ NO ☐

B20) Indicare se negli ultimi 5 anni sono mai state avanzate richieste di risarcimento alla Societa' Proponente o ai suoi Assicurati nell'ambito della responsabilita' coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario / *Has the Company or the Insureds ever received any requests of indemnity for the risk object of this Proposal Form, rejected or cancelled in the past 5 years:*

SI ☐ NO ☐

B21) Indicare se la Societa` Proponente o i suoi Assicurati sono a conoscenza di fatti presenti o passati che potrebbero dare luogo ad un richiesta di risarcimento nell'ambito della responsabilita` coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario / *Is the Company or the Insureds aware of any past or present facts that could give arise to any requests of indemnity for the risk object of this Proposal Form:*

SI ☐ NO ☐

B22) Indicare se la Societa` Proponente o i suoi Assicurati hanno mai ricevuto richieste di risarcimento derivanti da rapporti di lavoro? / *Has Company or the Insureds ever received any requests of indemnity for Employment Practice Liability?*

SI ☐ NO ☐

A23) Elencare le societa` partecipate dalla Societa` Proponente e la percentuale di partecipazione, allegare la lista delle posizioni per le quali si richiede copertura (posizioni esterne) nella sezione C / *Please list the participated companies by the Proposer for which cover is requested and the percentage owned, attach a list of the outside directorship positions requested:*

Partecipazione (%)	Societa` Partecipata e Nominativo Posizione Esterna

A24) Massimali richiesti dalla Societa` Proponente per la copertura oggetto del presente Questionario / *Limits of Liability requested by the Proposer for the policy object of this Proposal Form:*

EUR

Sezione C – Informazioni sulla Copertura richiesta per le Entita` Esterne
Section C –Information on Cover requested for External Positions

SI PREGA DI ALLEGARE AL PRESENTE QUESTIONARIO UN ELENCO DEI **NOMINATIVI DEGLI ASSICURATI ED I BILANCI** DELLE SOCIETA` PARTECIPATE PER I QUALI LA PROPONENTE RICHIEDE COPERTURA E LE SEGUENTI INFORMAZIONI SULLE SOCIETA` PER LE QUALI VIENE RICHIESTA LA COPERTURA (SE PIU` DI UNA COPIARE QUESTO FOGLIO ED UTILIZZARNE UNO PER OGNI SOCIETA`)

C1) Nome e Ragione Sociale della Societa` / *Name and Type of Company*

C2) Indicare il settore di attivita` della Societa` / *Area of business of the Company*

C3) Sede Legale della Societa` / *Address of the Company*

Strada, CAP e Localita`

Codice Fiscale/ Partita IVA

C4) Indirizzo Internet

C5) Dati finanziari / *Financial information:*

Totale Attivo	EUR
Totale Passivo	EUR
Attivo Corrente	EUR
Passivo Corrente	EUR
Debito esigibile entro 12 mesi	EUR
Debito esigibile oltre i 12 mesi	EUR
Patrimonio Netto	EUR
Fatturato	EUR
Risultato Operativo	EUR
Risultato Netto	EUR

C6) Indicare se negli ultimi 5 anni sono mai state avanzate richieste di risarcimento alla Societa` Collegata o ai suoi Assicurati nell'ambito della responsabilita` coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario / *Has the Company or the Insureds ever received any requests of indemnity for the risk object of this Proposal Form, rejected or cancelled in the past 5 years:*

SI ☐ NO ☐

C7) Indicare se la Societa` Proponente o i suoi Assicurati sono a conoscenza di fatti presenti o passati che potrebbero dare luogo ad un richiesta di risarcimento nell'ambito della responsabilita` coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario / *Is the Company or the Insureds aware of any past or present facts that could give arise to any requests of indemnity for the risk object of this Proposal Form:*

SI ☐ NO ☐

Il funzionario autorizzato a sottoscrivere il presente questionario dichiara che le affermazioni precedentemente riportate rispondono a verita' e che qualora sorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, egli dara' immediata notifica di tali modifiche, e la societa' assicuratrice potra' ritirare oppure modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Firma:

Nome e titolo del funzionario autorizzato:

Data:

....

NOTE PER LA PROPONENTE:

La compagnia di assicurazione si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nella presente proposta.

La presente proposta-questionario non e' vincolante per la proponente o l'assicuratore, non di meno si conviene che, qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, la proposta medesima verra' presa come base per la stipula del contratto.

In tale caso la proposta-questionario sara' allegata alla polizza divenendo parte integrante di essa.

In ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, e' fatto carico alla proponente l'obbligo di immediata notifica della variazioni medesime.

LA PROPONENTE

Firma:

Nome e titolo del funzionario autorizzato a sottoscrivere a nome della Proponente:

Data:

....

Sezione D - QUESTIONARIO USA E CANADA

Section D2 – USA AND CANADA PROPOSAL FORM

COMPILARE LA SEZIONE PRESENTE SOLO NEL CASO SI RICHIEDA LA COPERTURA PER USA O CANADA ONLY TO BE ANSWERED IF COVERAGE IS REQUIRED IN USA OR CANADA (SE PIU' DI UNA COPIARE QUESTO FOGLIO ED UTILIZZARNE UNO PER OGNI SOCIETA')

D1) Nome e Ragione Sociale delle Societa' che svolgono attivita' nel Nord America / *Name and Type of Companies carrying out activities in North America*

Nome Societa' | Percentuale sul Fatturato Totale

.....

.....

.....

C2) Indicare il settore di attivita' delle Societa' / *Area of business of the Companies*

.....

C3) Sede Legale delle Societa' / *Addresses of the Companies*

Strada, CAP e Localita'

.....

Codice Fiscale/ Partita IVA

C4) Indirizzo Internet

C5) La Proponente o le Controllate hanno emesso azioni, obbligazioni o altri titoli negoziabili negli Stati Uniti o Canada? / *Has the Company or any Subsidiary issued any stock, share or bond negotiated in the United States or Canada?*

SI ☐ NO ☐

.....

.....

C5) La Proponente o le Controllate detengono proprieta' di capitali o beni mobili o immobili negli Stati Uniti o Canada? / *Does the Company or any Subsidiary own any capital or material or immaterial goods in the United States or Canada?*

SI ☐ NO ☐

.....

C6) Indicare se negli ultimi 5 anni sono mai state avanzate richieste di risarcimento nel Nord America alla Societa' nell'ambito della responsabilita' coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario / *Has the Company or the Insureds ever received any requests of indemnity in North America for the risk object of this Proposal Form, rejected or cancelled in the past 5 years:*

SI ☐ NO ☐

.....

C7) Indicare se la Societa' Proponente o i suoi Assicurati sono a conoscenza di fatti presenti o passati che potrebbero dare luogo ad un richiesta di risarcimento nel Nord America nell'ambito della responsabilita' coperta dalla polizza oggetto del presente Questionario / *Is the Company or the Insureds aware of any past or present facts that could give arise to any requests of indemnityin North America for the risk object of this Proposal Form:*

SI ☐ NO ☐

Il funzionario autorizzato a sottoscrivere il presente questionario dichiara che le affermazioni precedentemente riportate rispondono a verita' e che qualora sorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, egli dara' immediata notifica di tali modifiche, e la societa' assicuratrice potra' ritirare oppure modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

Firma:

Nome e titolo del funzionario autorizzato:

Data: