

QUESTIONARIO RESPONSABILITA' CIVILE D&O

Il presente Questionario viene sottoscritto ai fini della valutazione dell'assunzione del Rischio da parte della Compagnia

Cod. Agenzia: _____ Denominazione: _____

Proponente/Assicurando: _____ P.IVA _____

tel. _____ mail P.E.C. _____ sito internet _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ (Prov.) _____

Numero di impiegati (inclusi part-time) _____

Descrizione del Rischio: Assicurazione prestata per la Responsabilità Civile dei membri del Consiglio di Amministrazione o di altro organo direttivo derivante dalle attività connesse allo svolgimento delle precitate mansioni.

Attività svolta dal Contraente suddivisa per CATEGORIA DI RISCHIO:

- Settore industriale;
- Agricoltura;
- Bevande;
- Materiali edili;
- Ingegneria e macchinari;
- Beni di largo consumo;
- Commercianti di alimentari e medicinali;
- Produttori alimentari;
- Articoli casalinghi e tessili;
- Beni industriali;
- Industria manifatturiera;
- Merchandising (al dettaglio / all'ingrosso);
- Organizzazioni non a scopo di lucro;
- Prodotti domestici e di igiene personale;
- Autotrasporti;
- Servizi (non inclusi nelle altre due categorie);
- Servizi di supporto;
- Associazioni di settore;

SETTORI SOTTOPOSTI A RISCHIO DIREZIONE

- Biotecnologie;
- Edilizia;
- Attività industriale diversificata;
- E-commerce;
- Alta tecnologia;
- Società di hardware;
- Broker di assicurazioni – internazionali;
- Commercio al dettaglio;
- Viaggi;
- Intrattenimento e svago;
- Sport;
- Ospitalità;
- Società farmaceutiche medio / piccole dimensioni
- Altre diverse da quelle in elenco (specificare il settore qui sotto)

-
- Commercialisti;
 - Sindaci;
 - Settore automobilistici;
 - Società di assicurazioni vincolate (captive);
 - Attrezzatura elettronica o elettrica;
 - Settore della silvicoltura e della carta;
 - Settore sanitario;
 - Settore informatico;
 - Broker di assicurazioni – nazionali;
 - Avvocati;
 - Elettrodomestici;
 - Settore ferroviario;
 - Settore navale;
 - Servizi relativi a software e computer;
 - Settore chimico;
 - Acciaio e altri metalli;
 - Settore energia;
 - Trasporti.

MASSIMALE PER SINISTRO E PER ANNO ASSICURATIVO RICHIESTO:

- € 500.000,00
 € 1.000.000,00
 € 1.500.000,00
 € 2.000.000,00
 € 2.500.000,00
 € 3.000.000,00

FATTURATO O TOTALE ATTIVO (Risultante dall'ultimo bilancio o documentazione fiscalmente equivalente)

Fatturato ultimo esercizio fiscale €

Totale attivo ultimo esercizio fiscale €

COSTITUZIONE DELLA SOCIETA' E TIPOLOGIA

___ Società costituita entro i 24 mesi dalla sottoscrizione del contratto; Se SI indicare la data: _____

___ Società costituita oltre i 24 mesi dalla sottoscrizione del contratto;

___ Società a gestione familiare;

Secondo il Vostro ultimo bilancio annuale avete realizzato un profitto al netto delle tasse? SI NO

Se "No" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

Secondo il Vostro ultimo bilancio annuale, presentate una situazione patrimoniale positiva? SI NO

Se "No" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

Nella Vostra ultima revisione contabile di bilancio, sono state fatte rilevazioni dei revisori esterni? SI NO

Se "Sì" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

La società o le società controllate operano in USA o Canada o parte del fatturato proviene dagli USA o Canada?

SI NO

Se "Sì" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

La Società e/o le sue Controllate hanno avviato procedure di licenziamento dei dipendenti nei prossimi 12 mesi?

SI NO

Se "Sì" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

La firma di cheques, assegni e/o di qualsiasi altro mezzo di pagamento, compresi i trasferimenti di fondi o di qualsiasi altro asset finanziario, è sottoposta al controllo di almeno due persone? SI NO

Se "No" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

Informazioni sui sinistri

1. Negli ultimi cinque (5) anni sono state avanzate delle richieste di risarcimento o avviate delle indagini contro la società, i suoi funzionari, direttori o impiegati, che avrebbero potuto essere soggetti alla copertura assicurativa ai sensi del presente contratto qualora fosse già stato stipulato? SI NO

Se "Si" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

2. Dopo aver effettuato le dovute verifiche, la società o uno dei suoi direttori, funzionari o dirigenti è a conoscenza di un qualsiasi fatto, circostanza, accusa o incidente che potrebbe dar luogo ad un sinistro coperto dal contratto di assicurazione che avete intenzione di stipulare? SI NO

Se "Si" si prega di fornire maggiori dettagli nel riquadro a seguire o su un foglio separato

MEMBRI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE O ORGANO DIRETTIVO ALTRIMENTI DEFINITO Comprensivo dell'indicazione delle Figure strategiche

<u>Nome e Cognome</u>	<u>Qualifica</u>	<u>Strategico SI</u>	<u>Data di nomina*</u>	<u>Prima nomina SI</u>

*Se la data di nomina risulta inferiore rispetto a un anno solare rispetto al momento della sottoscrizione del presente documento, il Contraente deve indicare qui di seguito per ciascun Membro rientrante nella fattispecie summenzionati il numero d'incarichi nell'ultimo quinquennio.

DOMANDA CONCLUSIVA

Il Contraente detiene partecipazioni di controllo su Società terze? SI NO

Se SI, indicare la ragione sociale e la partita IVA:

Società 1 – Ragione sociale: - Partita IVA:

Società 2 – Ragione sociale: - Partita IVA:

Società 3 – Ragione sociale: - Partita IVA:

Se SI, indicare se sono in Liquidazione oppure sottoposte a Procedure concorsuali (comunque intese):

Società 1 – Ragione sociale: - Liqu./Proc. Conc.:

Società 2 – Ragione sociale: - Liqu./Proc. Conc.:

Società 3 – Ragione sociale: - Liqu./Proc. Conc.:

Si prega di allegare al presente Questionario tutta la documentazione di seguito elencata:

1. Bilancio annuale revisionato completo di note e relazioni della Società o documentazione fiscalmente equivalente;
2. Organigramma;
3. Qualsiasi informazione supplementare rilevante ai fini del presente Questionario.

Compilato il __/__/____ in _____

Il Proponente dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, che le informazioni fornite sono complete e veritiere ed è consapevole che il presente questionario forma parte integrante dell'eventuale contratto assicurativo e dichiara che non ha taciuto, omesso od alterato circostanze che possono influire sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia.

Dichiara altresì di essere pienamente edotto circa il fatto che le presenti dichiarazioni costituiscono l'unica base di valutazione del rischio da parte della Compagnia e che, pertanto, qualsiasi mendacità od omissione comporterà l'inoperatività della copertura assicurativa.

Il Proponente/Assicurando, con la sottoscrizione della presente, dichiara quanto segue:

- di aver ricevuto la Documentazione precontrattuale (DIP Base e DIP Aggiuntivo);
- di aver ricevuto le Condizioni di Assicurazione;
- di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e s.m. e di acconsentire senza riserva alcuna al trattamento dei dati personali finalizzato all'eventuale stipulazione della polizza, essendo pienamente edotto che un eventuale diniego comporterà l'impossibilità di stipulare il contratto di assicurazione.

(Firma) Il Proponente  _____