

# Responsabilità Civile di Amministratori, Sindaci e Dirigenti

## Directors` and Officers' Indemnity Modulo di proposta – Proposal Form

La quotazione è subordinata all'esame di questo modulo di Proposta di Contratto, completato, datato e firmato da persona autorizzata, e di ogni altra informazione o documentazione i Sottoscrittori ritengano necessaria ai fini della corretta valutazione del rischio.

The quotation is subject to perusal of a fully completed proposal form, dated and signed by an authorised person, and of any further documentation or information underwriters deem necessary for a correct assessment of the risk.

### AVVISO IMPORTANTE / IMPORTANT WARNING

È di fondamentale importanza che la Società Principale, tutte le sue Controllate qui indicate e 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 Vostro Broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali indennizzi o causare l'annullamento della polizza stessa.

It is fundamental that the Parent Company, all its Subsidiaries, and the undersigned are aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact your local broker as any erroneous or inaccurate information could prejudice any indemnification or could lead to cancellation of the policy.

### 01. DATI SULLA SOCIETÀ PRINCIPALE (CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE) / DETAILS OF PARENT COMPANY (POLICYHOLDER)

1.1 Ragione Sociale / Company Name: \_\_\_\_\_

1.2 Sede Sociale / Address: \_\_\_\_\_

1.3 Anno di costituzione / Year of Incorporation: \_\_\_\_\_

1.4 Forma giuridica / Legal Status: \_\_\_\_\_

1.5 Campo di attività / Business: \_\_\_\_\_

La società dichiara di svolgere la propria attività in uno dei seguenti settori: Is the Company carrying out its activity in one of the following fields:	aviazione, estrazione petrolio/gas, farmaceutico, tabacco, servizi pubblici a livello nazionale (elettricità, gas, acqua)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La società è approvata e regolata da uno dei seguenti enti: Is the Company approved and regulated by any of the following:	CONSOB, Banca d'Italia, ISVAP, Ufficio Italiano Cambi	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
La Società è quotata? Is the Company listed?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Descrizione del campo di attività (Es. Editoria, IT, Media...) / Business description (Eg. Publishing, IT., Media...):

1.6 Numero di Azionisti/Soci / Number of Shareholders: \_\_\_\_\_

1.7 Azionisti/Soci che possiedono, anche indirettamente, più del 15% del capitale sociale / Shareholders holding more than 15%: \_\_\_\_\_

### 02. CIRCOSTANZE E COPERTURE PRECEDENTI / CIRCUMSTANCES AND PREVIOUS COVERS

2.1 Vi è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? / Have you ever been refused insurance like the one now being requested?: Si  No

2.2 Indicare se - negli ultimi 5 anni - avete stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio - Have you been insured in the last 5 years for this type of risk? Si  No

In caso affermativo, precisare - If so, please indicate:

- (a) Impresa assicuratrice - Insurance Company: \_\_\_\_\_
- (b) Periodo di assicurazione - Period of Insurance: dal/from \_\_\_\_\_ al/to \_\_\_\_\_
- (c) Massimale di polizza - Limit of Indemnity: \_\_\_\_\_
- (d) Premio dell'ultima annualità - Last annual premium: \_\_\_\_\_

2.3 Siete a conoscenza di circostanze che possano dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza / Are you aware of any circumstances which may give rise to a Claim under this policy: Si  No

2.4 Negli ultimi 5 anni Sono state avanzate richieste di risarcimento nei confronti delle persone/società da assicurare? / Have in the past 5 years any claims been made against the persons/companies to be insured? Si  No

In caso di risposta affermativa, si prega di allegare dettagli / If Yes, please attach details.

### 03. SOCIETÀ CONTROLLATE E COLLEGATE / SUBSIDIARIES AND OUTSIDE COMPANIES

La Società proponente possiede Società Controllate (def. 1.21 del Testo di Polizza) o Società Collegate (Articolo 21 Testo di Polizza) / Does the Proposer have any Subsidiary or Outside Company? Si  No

In caso di risposta affermativa allegare un elenco di tali Società / If Yes, please attach a list of such Companies

- L'attività principale di una o più società Controllate o Collegate di cui si richiede la copertura, appartiene ad uno dei campi di attività di cui al punto 1.5? *Is the main activity of one or more subsidiary or outside company to be included herein, listed in point 1.5* Si  No
- Una o più delle società Controllate o Collegate ha un totale fatturato lordo cui all'ultimo bilancio approvato superiore a Euro 100,000,000? *Has one or more Subsidiary or Outside Company a total gross turnover stated in the last approved financial statements exceeding EUR 100,000,000?* Si  No
- Una o più delle società Controllate o Collegate è quotata in Borsa / *Is one or more Subsidiary or Outside Company listed?* Si  No

Specificare quali società **Controllate** si desiderano inserire in copertura e fornire il Bilancio dell'ultima annualità (nell'eventualità in cui il Bilancio della Società Principale non sia Consolidato) / *Please indicate which subsidiaries are required to be covered under the policy:*

Ragione sociale/ Name of the company:	Profit / No Profit	Partecipazione/ Shareholding	Totale attività/ Total assets	Patrimonio netto/ Net worth	Fatturato/ Turnover	Risultato economico/ Net Profit-Loss

Specificare quali società **Collegate** si desiderano inserire in copertura e fornire il Bilancio dell'ultima annualità / *Please indicate which outside companies are required to be covered under the policy:*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### **04. INFORMAZIONI FINANZIARE DELLA SOCIETÀ PRINCIPALE / PARENT COMPANY'S FINANCIAL INFORMATION**

	Anno / Year: 20____ (n)	Anno / Year: 20____ (n-1)
Totale Attivo / Total Assets		
Attivo Circolante / Current Liabilities		
Passività Correnti / Current Liabilities		
Totale Passività (netto del Patrimonio Netto) / Total Liabilities		
Patrimonio Netto / Net Worth		
Valore della Produzione / Total Sales		
Costi della Produzione / Total Costs		
Risultato Netto / Net Result		

4.1 Il bilancio è consolidato? / *Is the last set of accounts consolidated?*

Si/Yes  No/No

#### **05. COPERTURA RICHIESTA / COVER REQUIRED**

5.1 Massimale / *Limit of Indemnity*: €500,000  €1,000,000  €1,500,000  €2,000,000  €2,500,000  €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 / *Note: the Limit of Indemnity is an aggregate limit for all Claims notified during the entire Period of Insurance.*

#### **5.2 Estensioni e limitazioni opzionali / Extra Options**

- **Costi di difesa legale in caso di inquinamento / Pollution Defence Costs** Si/Yes  No/No

- **Gestione fiduciaria di programmi previdenziali o assistenza / Fiduciary Liability** Si/Yes  No/No

Se Sì, pregasi confermare quanto segue / *If Yes, please confirm the following:*

E' confermato che nessuno dei fondi pensionistici, piani previdenziali o altre indennità a favore dei dipendenti contenga investimenti per più del 5% delle loro valore in azioni o altri titoli della Società stessa, e che questi fondi e piani siano adeguatamente finanziati e non sono né in perdita né in liquidazione e siano stati approvati senza riserve da un terzo indipendente? / *Is it confirmed that all employee benefit and pension plans have no more than 5% of their investments in the shares or other securities of the Company and that these plans are adequately funded and are neither in deficit or 'run-off' and are approved without qualification by an appropriate independent third party?*

Si/Yes  No/No

- **Esclusione di Sindaci e Revisori dalla copertura / Exclusion of 'Sindaci' (Accounts Conformity Officers)**

non richiesta / not required  richiesta / required

- **Esclusione del rischio di Fallimento, Insolvenza, Liquidazione Coatta / Bankruptcy Exclusion:**  
 da applicare / operative       da sopprimere / not operative
  - **Reclami contro la Società derivanti da rapporti di lavoro / Entity Employment Liability** Si/Yes  No/No   
 Se Sì, pregasi rispondere alle seguenti domande / If Yes, please confirm the following points:
    - La Società dispone di procedure scritte, contratti di lavoro, dossier personali e manuale dei regolamenti interni? / Does the Company have written procedures, contracts of employment, personnel files, and employee handbook? Si/Yes  No/No
    - La Società prevede ricorsi alla cassa integrazione, licenziamenti o altre misure di riduzione del personale nei prossimi 24 mesi o ci sono stati dimissioni o licenziamenti per qualsiasi causa che riguardino più del 10% del personale negli ultimi 24 mesi? / Does the Company expect there to be any redundancies or other reductions amongst its employees in the next 24 months or have more than 10% of the employees of the Company resign, been made redundant or dismissed during the last 24 months? Si/Yes  No/No
    - Indicare il numero totale dei Dipendenti / Indicate the total number of employees: N°. \_\_\_\_\_
  - **Esclusione del Socio Dominante / Major Shareholder exclusion** (qualunque socio che detenga più del 15% del capitale della Società Principale)  
 da applicare / operative       da sopprimere / not operative
  - **Esclusione delle Liti tra Assicurati / Insured v Insured exclusion** (qualunque socio che detenga più del 15% del capitale della Società Principale)  
 da applicare / operative       da sopprimere / not operative
  - **Copertura della Responsabilità Amministrativa Colpa Grave / Administrative Liability Cover**  
 (applicabile solamente nel caso in cui vi sia un interesse della Pubblica Amministrazione)  
 non richiesta / not required       richiesta / required
- Se richiesta, si prega di compilare l'Appendice 1 allegata / If required, please complete the Appendix 1 attached
- **Validità territoriale / Territorial Scope :**
    - Tutti i Paesi UE / EU member countries
    - Mondo intero esclusi USA e Canada / Worldwide ex USA and Canada
    - Mondo intero / Worldwide

## **06. DICHIARAZIONI / DECLARATIONS**

Io sottoscritto, ricoprendo la carica sotto indicata nella Società Principale di cui al punto 1 (a) di questo modulo, dichiaro:

*I the undersigned, holding the office stated below in the Parent Company shown at point 1 (a) of this form, hereby declare:*

- a. di essere autorizzato a compilare questo modulo per conto della Società Principale, delle Controllate e delle persone da assicurare / to be authorized to fill in this form on behalf of the Parent Company, its Subsidiaries and the persons to be insured;
- b. che tutte le risposte qui fornite dopo attenta verifica sono veritiere e corrette per quanto a mia conoscenza e secondo le mie convinzioni / that the statements provided herein after careful investigation are true to the best of my knowledge and belief;
- c. di aver letto e compreso l'avviso che introduce questo modulo di Proposta di Contratto / to have read and understood the introductory notice to this Proposal Form;
- d. di prendere atto che questo la firma su modulo non vincola né i Sottoscrittori né la Società Principale né alcuna delle Controllate alla stipulazione del contratto di assicurazione / that signing this Proposal Form does not bind the Underwriters or the Parent Company or any of its Subsidiaries to complete the insurance.

Firma / Signature: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome / Printed name: \_\_\_\_\_

Carica ricoperta / Office held: \_\_\_\_\_

### **POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE NELLA FORMA CLAIMS MADE**

La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre: Le richieste di risarcimento presentate per la prima volta 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 gli Assicuratori siano informati, 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 la richiesta danni si sia verificato durante il periodo di validità della polizza.

THIRD PARTY LIABILITY INSURANCE – CLAIMS MADE BASIS

*This proposal form is in respect of a Third Party Liability Policy - Claims Made basis. This means that the Policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance, and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance. The Policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.*

**Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara / For the purposes of article 1341 of the Italian Civil Law, the undersigned Policyholder hereby declares that:**

1. **di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made» così come sopra specificato / they are aware that is an insurance contract in the form of "claims made**
2. **di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile / they specifically approve all the provisions of the articles contained at the bottom of the relevant policy wording**

Firma / Signature

Data / Date:  /  /

**Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il FASCICOLO INFORMATIVO come previsto dall'articolo 32 punto 2 del Regolamento No. 35 dell'ISVAP (ora IVASS) / The undersigned declares to have read and understood all the documents being part of the INFORMATION BOOKLET, in accordance with Article 32, paragraph 2 of the ISVAP (now IVASS) Regulation n.35.**

Firma / Signature

Data / Date:  /  /

**APPENDICE 1 / APPENDIX 1**

**ESTENSIONE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA – ELENCO NOMINATIVI**  
*ADMINISTRATIVE LIABILITY EXTENSION – NAMES LIST*

	<b>COGNOME / SURNAME</b>	<b>NOME / NAME</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
...		