

Questionario D&O

Al fine di permetterci di analizzare al meglio la Vostra domanda di assicurazione, Vi preghiamo di apportare le risposte più precise possibili alle domande presenti nel seguente questionario e di allegare l'ultimo bilancio consolidato completo della Società.

Il presente questionario non vincola né chi lo compila né gli Assicurati.

1. Denominazione e sede sociale della Società :

Data di creazione :

Forma giuridica :

2. Attività della Contraente e delle sue società controllate :

3. Ripartizione geografica delle attività (in % sul fatturato consolidato) :

Italia	Unione Europea	USA/Canada	Altre

4. Capitale Sociale :

Numero di azionisti o soci :

Percentuale appartenente agli amministratori e dirigenti :

Identità dell'azionariato che detiene più del 5% dei diritti di voto (completare la tabella sottostante)

Azionisti o Soci	Percentuale dei diritti di voto

5. La Società fa parte di un gruppo ?

Se sì, quale ?

6. Lista delle società controllate della Contraente (completare la tabella sottostante o allegare una lista completa delle società)

Denominazione sociale e forma giuridica	Stato	% *	Attività

*percentuale dei diritti di voto detenuti direttamente o indirettamente dalla Contraente

7. La Società ha proceduto negli ultimi 12 mesi ad una delle operazioni seguenti :

- quotazione su mercati azionari: sì / no, precisare :
- aumento di capitale: sì / no, precisare :
- fusione con un'altra società: sì / no, precisare :
- creazione, acquisizione o cessione di titoli o parti sociali : sì / no, precisare:
- cambio di dirigenti, amministratori o amministratori straordinari : sì / no, precisare:
- cambio del Consiglio dei Sindaci o dei revisori : sì / no, precisare:

8. La Società o una delle sue controllate ha in previsione di effettuare una delle seguenti operazioni nei prossimi mesi? (sì/no, precisare quali)

- quotazione / aumento di capitale / fusione / creazione / acquisizione / altre:

9. Precedenti assicurativi

La Società proponente o una delle sue controllate è titolare di un contratto di assicurazione per Amministratori, Sindaci e Dirigenti?

Se sì con quale assicuratore? _____ Scadenza :

Per quale massimale?

10. Richieste di risarcimento presentate negli ultimi 5 anni nei confronti di uno o più amministratori, sindaci e dirigenti della Società o di una delle controllate:

Data:	Circostanza:	Ammontare delle richiesta di risarcimento:

11. La Società è a conoscenza di atti o fatti che possano provocare una richiesta di risarcimento? sì / no, precisare:

Copertura per il Nord America

12. La Società ha delle controllate in Nord America? sì / no, precisare:

13. Una di queste Società ha titoli emessi negli Stati Uniti d'America, siano anche ADRs o Over the Counter? sì / no, precisare:

14. Precisare il totale attivo delle Società con sede in USA & Canada.

IMPORTANTE: DICHIARAZIONE DELLA PROPONENTE

Le dichiarazioni rese nel presente questionario faranno parte integrante del contratto di assicurazione. Qualunque dichiarazione resa falsa renderà nullo il contratto di assicurazione stipulato. In caso di modifica delle informazioni riportate nel presente questionario entro la data di effetto della polizza, la Società contraente si impegna ad informare l'Assicuratore, il quale potrà provvedere a modificare l'offerta già rilasciata.

Compilato a _____ il _____

Timbro e firma della proponente e del suo rappresentante

FIRMA