

QUESTIONARIO D&O INDIVIDUALE

AVVISO IMPORTANTE

- (1) La presente proposta deve essere compilata dal Proponente stesso. È necessario rispondere a tutte le domande per ottenere una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. Il modulo di proposta deve essere sottoscritto e datato.
- (2) **TUTTI I FATTI IMPORTANTI DEVONO ESSERE DICHIARATI IN QUANTO, AI SENSI DEGLI ART. 1892, 1893 E 1894 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI INESATTE O INCOMPLETE E LE RETICENZE RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE, POSSONO COMPORTARE L'ANNULLAMENTO DEL CONTRATTO O COMUNQUE LA PERDITA TOTALE O PARZIALE DELL'INDENNIZZO ED IL MANCATO ADEMPIMENTO DI DETTO OBBLIGO POTRÀ RENDERE INVALIDABILE QUALSIASI POLIZZA, O POTRÀ GRAVEMENTE PREGIUDICARE I DIRITTI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO.**
- (3) La presente proposta è relativa ad una polizza di responsabilità nella forma "Claims made". Ciò significa che la polizza copre i reclami avanzati per la prima volta nei confronti dell'Assicurato durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali l'Assicurato venga 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, eccetto quando sia operativa la "Garanzia Postuma".
- (4) Il Proponente prende atto che nel caso di corresponsabilità di più Assicurati nella determinazione di un medesimo Sinistro, gli Assicuratori per tale Sinistro sono obbligati fino alla concorrenza del Massimale pari a Euro 15.000.000,00 complessivamente fra tutti gli Assicurati coinvolti nello stesso sinistro ed assicurati dallo stesso Assicuratore. Nell'eventualità che il risarcimento complessivamente indennizzabile dagli Assicuratori ai termini del Certificato ecceda l'importo indicato sopra, le indennità spettanti a ciascuno degli Assicurati si intenderanno proporzionalmente ridotte in misura uguale fra tutti gli Assicurati coinvolti nello stesso sinistro.
- (5) La Validità temporale del presente questionario non potrà essere superiore a 30 giorni dalla data di compilazione e firma dello stesso.
- (6) **PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**
IL CERTIFICATO HA EFFICACIA DALLE ORE 24 DEL GIORNO INDICATO NELLA SCHEDA DI COPERTURA SE IL PREMIO O LA PRIMA RATA DEL PREMIO SONO STATI PAGATI; ALTRIMENTI HA EFFICACIA DALLE ORE 24 DEL GIORNO DEL PAGAMENTO.
SE L'ASSICURATO NON PAGA IL PREMIO O LE RATE DEL PREMIO SUCCESSIVE, L'EFFICACIA DI QUESTO CERTIFICATO RESTA SOSPESA DALLE ORE 24 DEL 30° GIORNO SUCCESSIVO A QUELLO DELLA SCADENZA E RIPRENDE VIGORE DALLE ORE 24 DEL GIORNO DEL PAGAMENTO, FERME LE SUCCESSIVE SCADENZE (ARTICOLO 1901 DEL CODICE CIVILE).
IL PREMIO È DOVUTO CON PERIODICITÀ ANNUALE.
FRAZIONAMENTI DEL PREMIO POTRANNO ESSERE CONCORDATI DI VOLTA IN VOLTA TRA L'ASSICURATO/CONTRAENTE E GLI ASSICURATORI E SARANNO RICHIAMATI NELLA SCHEDA DI POLIZZA.
GLI UNICI MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO CONSENTITI DAGLI ASSICURATORI SONO I SEGUENTI: BONIFICI BANCARI/ASSEGNI CIRCOLARI A FAVORE DEGLI ASSICURATORI E/O DEGLI INTERMEDIARI AUTORIZZATI ESPRESSAMENTE IN TALE QUALITÀ.

DATI DEL PROPONENTE

Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Residenza		Città	
CAP		Provincia	

Data di effetto	Durata 12 mesi	
Il Proponente ha in corso o ha avuto negli ultimi 3 anni altre polizze di questo tipo?	SI	NO
Sono mai state rifiutate o non rinnovate coperture assicurative per questo rischio?	SI	NO
Il Proponente è a conoscenza di fatti presenti o passati che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento nei suoi confronti?	SI	NO
Il Proponente ha mai subito condanne o ha pendenze legali che potrebbero dare origine a richieste di risarcimento?	SI	NO
Il Proponente è mai stato nel passato dichiarato fallito, interdetto, inabilitato o condannato per reati societari?	SI	NO
SI PREGA FORNIRE DETTAGLI RELATIVI ALLE RISPOSTE AFFERMATIVE DATE SOPRA		

MASSIMALE RICHIESTO	EURO 100.000,00		EURO 250.000,00	
	EURO 500.000,00		EURO 1.000.000,00	

Indicare quali delle seguenti Condizioni Particolari Aggiuntive è richiesta

Estensione alle Richieste di Risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato da parte della Corte dei Conti	SI	NO
Estensione alle Spese di Pubblicità con sottolimito pari al 25% del limite di indennizzo prescelto fino ad un massimo di Euro 100.000,00	SI	NO
Estensione ad i costi e spese di Estradizione con sottolimito pari al 25% del limite di indennizzo prescelto fino ad un massimo di Euro 100.000,00	SI	NO
Estensione alla Garanzia Postuma	SI	NO
Presenza ad indagini ed esami	SI	NO
Estensione massima aggiuntiva per Costi di Difesa	SI	NO

IMPORTANTE

COMPILARE UNA COPIA DI QUESTO ALLEGATO PER CIASCUNA DELLE SOCIETÀ PER LE QUALI IL PROPONENTE INTENDE ASSICURARSI INCLUSO LE SOCIETÀ DI GRUPPO PER LE QUALI IL PROPONENTE INTENDE ASSICURARSI

INFORMAZIONI GENERALI

Nome della Società	Sede Legale	Oggetto sociale
Carica ricoperta dal Proponente	Data di nomina	La Società è quotata in Borsa? SI NO
La Società è in procinto di essere messa in liquidazione/amministrazione? SI NO	La Società ha in considerazione operazioni relative ad acquisizioni, fusioni, di azioni o altri titoli? SI NO	La Società ha capitali, azioni o obbligazioni in USA e/o Canada? SI NO

SI PREGA FORNIRE DETTAGLI RELATIVI ALLE RISPOSTE AFFERMATIVE DATE SOPRA

Allegare copia del bilancio, incluse Nota Integrativa e le Relazioni degli Amministratori sulla Gestione del Collegio Sindacale e della Società di Revisione

In via alternativa fornire i seguenti dati dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio finanziario dell'anno 20

TOTALE ATTIVO CIRCOLANTE	EURO
TOTALE ATTIVO	EURO
TOTALE PATRIMONIO NETTO	EURO
TOTALE DEBITI ENTRO L'ESERCIZIO SUCCESSIVO	EURO
TOTALE DEBITI OLTRE L'ESERCIZIO SUCCESSIVO	EURO
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	EURO
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	EURO
UTILE (PERDITA) D'ESERCIZIO	EURO

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che il presente modulo proposta e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che verrà emesso.
La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Firma del proponente

Data

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver ricevuto i singoli documenti che compongono il Fascicolo Informativo e segnatamente:

- Nota informativa, comprensiva di Glossario;
- Condizioni di Assicurazione;
- Questionario Proposta.

Firma Del Contraente

Data