

Responsabilità Civile di Amministratori, Sindaci e Dirigenti

Modulo di proposta

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.

AVVISO IMPORTANTE

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.

01. DATI SULLA SOCIETÀ PRINCIPALE (CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE)

1.1 Ragione Sociale: _____

1.2 Sede Sociale: _____

1.3 Anno di costituzione: _____

1.4 Forma giuridica: _____

1.5 Campo di attività:

La società dichiara di svolgere la propria attività in uno dei seguenti settori: aviazione, estrazione petrolio/gas, farmaci, tabacco, servizi pubblici (elettricità, gas, acqua) Sì No

La società è approvata e regolata da uno dei seguenti enti? CONSOB, Banca d'Italia, ISVAP, Ufficio Italiano Cambi. Sì No

Descrizione del campo di attività (Es. Editoria, IT, Media...): _____

1.6 Numero di Azionisti/Soci: _____

1.7 Azionisti/Soci che possiedono, anche indirettamente, più del 15% del capitale sociale: _____

02. CIRCOSTANZE E COPERTURE PRECEDENTI

2.1 Vi è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? Sì No

2.2 Indicare se - negli ultimi 5 anni - avete stipulato coperture assicurative per questa tipologia di rischio

Sì No

In caso affermativo, precisare:

(a) Impresa assicuratrice: _____

(b) Periodo di assicurazione: dal _____ al _____

(c) Massimale di polizza: _____

(d) Premio dell'ultima annualità: _____

2.3 Siete a conoscenza di circostanze che possano dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza:

Sì No

2.4 Negli ultimi 5 anni Sono state avanzate richieste di risarcimento nei confronti delle persone/società da assicurare? Sì No

In caso di risposta affermativa, si prega di allegare dettagli.

03. SOCIETÀ CONTROLLATE E COLLEGATE

Elenco delle società controllate e collegate:

Note: - 1) Si considera controllata la società partecipata dalla Società Principale per più del 50%

2) Si prega di precisare se taluna delle società sotto elencate deve essere considerata controllata perché la Società Principale ne controlla i diritti di voto o la maggioranza del CdA

da applicare da sopprimere

• **Esclusione di Sindaci e Revisori dalla copertura:**

da applicare da sopprimere

• **Copertura della Responsabilità Amministrativa Colpa Grave** (applicabile solamente nel caso in cui la società sia partecipata dalla Pubblica Amministrazione)

non richiesta richiesta

Se richiesta, si prega di compilare il modulo allegato (Appendice 1)

• **Esclusione della Bancarotta:**

da applicare da sopprimere

06. DICHIARAZIONI

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

a. di essere autorizzato a compilare questo modulo per conto della Società Principale, delle Controllate e delle persone da assicurare.

b. che tutte le risposte qui fornite dopo attenta verifica sono veritiere e corrette per quanto a mia conoscenza e secondo le mie convinzioni.

c. di aver letto e compreso l'avviso che introduce questo modulo di Proposta di Contratto.

d. di prendere atto che questa la firma su modulo non vincola né i Sottoscrittori né la Società Principale né alcuna delle Controllate alla stipulazione del contratto di assicurazione.

Firma: _____

Nome e Cognome: _____

Carica ricoperta: _____

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.

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made» così come sopra specificato;
2. di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile:

Firma:

Data:

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.

Firma:

Data:

APPENDICE 1

ESTENSIONE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA – ELENCO NOMINATIVI

	COGNOME	NOME
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		
...		

SOTTOLIMITE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA IN AGGREGATO

EUR _____