



QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE FUNZIONI DI AMMINISTRAZIONE DIREZIONE E CONTROLLO DI SOCIETÀ DI CAPITALI (D&O)

MODALITA' DI COMPILAZIONE

Il Questionario deve essere compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto dal rappresentante legale o negoziale del Proponente, riferendo in modo completo e conforme al vero tutti i fatti di cui si è a conoscenza a seguito di una attenta verifica delle circostanze correnti alla data di compilazione.

La sottoscrizione del Questionario non impegna il Proponente alla stipulazione della Polizza di Assicurazione; tuttavia, qualora il contratto venga concluso e la Polizza emessa, la veridicità e completezza delle dichiarazioni e delle informazioni contenute nel presente Questionario e nei suoi allegati saranno considerate essenziali per la valutazione ed accettazione del rischio da parte dell'Assicuratore; il Questionario ed i suoi allegati formeranno parte integrante del contratto di assicurazione.

Alle domande è necessario rispondere in modo completo usando, se necessario, fogli separati ai quale si farà riferimento con la dicitura "vedi allegato N° ". Ciascun foglio aggiuntivo dovrà comunque essere datato e sottoscritto ed allegato al questionario.

Se una domanda non è applicabile al Proponente, scrivere "N/A".



INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA ASSICURAZIONI

Chi decide perché e come trattare i dati?	AXA Assicurazioni S.p.A. , in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?	a) Finalità assicurativa I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate. Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato. Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.
Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?	Inoltre, se l'interessato attiva il servizio di firma grafometrica, saranno trattati dati biometrici sulla base del consenso liberamente revocabile: in mancanza non vi sono pregiudizi sui servizi assicurativi.
A chi sono comunicati i dati?	I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati: - Dipendenti e collaboratori - Società terze che trattano i dati per conto del Titolare; - Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria; - altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, l'interessato può scrivere a: AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 – 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it .
Da dove provengono i dati trattati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
Per quanto tempo i dati vengono conservati?	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 12 mesi dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati.
Informazioni aggiuntive	L'informativa dettagliata è disponibile sul sito www.axa.it . nella sezione Privacy.



QUESTIONARIO RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE FUNZIONI DI AMMINISTRAZIONE DIREZIONE E CONTROLLO DI SOCIETÀ DI CAPITALI (D&O)

1. INFORMAZIONI GENERALI SULLA IMPRESA SOTTOSCRITTRICE:

Denominazione Sociale: <small>In caso di Associazione specificare se riconosciuta</small>			
Forma Giuridica:		Partita IVA	
Sede Legale			
Data di costituzione			
Capitale Sociale Nominale		Capitale Sociale Versato	
Indirizzo Internet			
Oggetto e attività Sociale			
Massimale Richiesto:	<input type="checkbox"/> 500.000,00 <input type="checkbox"/> 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> 1.500.000,00 <input type="checkbox"/> Altro	

1.1 L'Impresa sottoscrittrice ha cambiato ragione sociale negli ultimi 5 anni?

<input type="checkbox"/> SI <i>In caso affermativo indicare</i>
<input type="checkbox"/> NO

2. INFORMAZIONI SULLE CONTROLLATE: Fornire l'elenco completo di qualsiasi partecipazione di controllo detenuta direttamente o indirettamente dall'Impresa sottoscrittrice in qualsiasi ente di diritto italiano o straniero.

Denominazione Sociale	Forma Giuridica	Oggetto Sociale (se diverso dalla sottoscrittrice)	Paese	Percentuali	
				Capitale Sociale	Diritti di Voto
			Sede legale		

3. CAPITALE SOCIALE:

Patrimonio Netto		Numero di soci o associati	
Elenco dei soci o associati con quote maggiori del 5 % che possiedono cariche in seno agli organi di amministrazione e controllo:			
Soci o Associati	Carica	Percentuali	
		Capitale Sociale	Diritti di Voto



3.1. L'Impresa sottoscrittrice è controllata da altri Soggetti?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Denominazione Sociale		Attività svolta		
Forma Giuridica				
Paese		Sede legale	% Capitale	

3.2. Il Proponente o uno dei Soggetti in cui questo partecipa al capitale sono quotati in borsa oppure sui mercati regolamentati e/o non regolamentati?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Società		Borsa/Mercato		Data inizio quotazione	
Società		Borsa/Mercato		Data inizio quotazione	

3.3. L'Impresa sottoscrittrice o una sua controllata ha intenzione di quotarsi in borsa nei prossimi 12 mesi?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Società		Borsa/Mercato		Data inizio quotazione	
Società		Borsa/Mercato		Data inizio quotazione	

4. **OPERAZIONI O EVENTI RILEVANTI:** Durante gli ultimi 24 mesi il Proponente oppure uno dei Soggetti in cui questo detiene partecipazioni di controllo:

4.1. Ha costituito Società o ha acquisito partecipazioni o aziende o rami d'azienda?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Nome Società		Oggetto Operazione		Data operazione	
Nome Società		Oggetto Operazione		Data operazione	

4.2. Ha compiuto operazioni di trasformazione o di fusione

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Nome Società		Oggetto Operazione		Data operazione	
Nome Società		Oggetto Operazione		Data operazione	

4.3. Ha ceduto partecipazioni, aziende o rami d'azienda

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Nome Società		Oggetto Operazione		Data operazione	
Nome Società		Oggetto Operazione		Data operazione	

4.4. È stato messo in liquidazione, ha fatto domanda di ammissione e/o è stato coinvolto in qualsiasi procedura concorsuale (concordato preventivo, amministrazione controllata, fallimento, liquidazione coatta amministrativa o amministrazione straordinaria)?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Natura della procedura				Data operazione	
------------------------	--	--	--	-----------------	--

4.5. Ha modificato il proprio statuto?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Oggetto della modifica				Data operazione	
------------------------	--	--	--	-----------------	--

4.6. È stato interessato da qualsiasi altro avvenimento (diverso dai precedenti) suscettibile di incidere significativamente sulla situazione patrimoniale, economica e/o giuridica dell'ente?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Natura dell'avvenimento				Data operazione	
-------------------------	--	--	--	-----------------	--



Sulla base di una accurata verifica degli avvenimenti occorsi sino alla data di compilazione del presente questionario:

4.7. Il Proponente, i Soggetti dei quali questo detiene partecipazioni di controllo e/o i loro Amministratori, Sindaci e Direttori generali sono venuti a conoscenza di condotte, fatti o circostanze suscettibili di provocare un addebito di responsabilità e/o una richiesta di risarcimento, tra cui, a titolo esemplificativo e non limitativo, ispezioni delle autorità di vigilanza, ritardo negli adempimenti sociali o fiscali, irregolarità nella tenuta dei libri sociali o contabili, contrasti tra soci/associati?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Data	Natura della circostanza

4.8. Durante gli ultimi 6 esercizi si sono dimessi o sono stati revocati dal Proponente oppure dei Soggetti in cui questo detiene partecipazioni di controllo membri degli organi di amministrazione, direzione e controllo e/o revisori contabili?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Data	Nome	Carica	Motivazione

4.9. Durante gli ultimi 6 esercizi l'organo di controllo ha formulato riserve in merito alle scritture contabili del Proponente o dei Soggetti in cui questo detiene partecipazioni di controllo?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Data	Natura delle riserve

5. ORGANI DEL PROPONENTE

5.1. La funzione di Amministrazione è affidata a:

- Consiglio di Amministrazione Amministratore Unico Altro _____

5.2. Composizione dell'Organo di Amministrazione:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Carica	Data di Nomina

5.3. L'Attività di controllo è affidata a:

- Collegio Sindacale Nessun organo di controllo Altro _____

5.4. Composizione dell'Organo di Controllo:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Carica	Data di Nomina

5.5. Direttori Generali nominati ai sensi dell'art. 2396 C.C.:

Cognome e Nome	Data di Nascita	Direzione Aziendale	Data di Nomina



5.6. La funzione di Data Protection Officer (DPO) ai sensi del regolamento (ue) 2016/679 del 27/04/2016 è affidata a:

- Dipendente Professionista Esterno Funzione non presente

Cognome e Nome	Data di Nascita	Data di Nomina	Note

6. **CONTROLLO CONTABILE** - Il controllo contabile è affidato a:

- Collegio Sindacale Revisore Società di Revisione Altro _____

7. **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** - In passato sono state addebitate responsabilità o formulate richieste di risarcimento contro uno o più Amministratori, Sindaci, procuratori e Direttori Generali del Proponente o dei Soggetti in cui questo detiene una partecipazione di controllo?

- SI *In caso affermativo indicare*
 NO

Data dell'addebito o della richiesta e natura della stessa	Somma richiesta/pagata con indicazione del titolo in forza del quale è stato effettuato l'eventuale pagamento (Sentenza/transazione)

Il presente questionario è costituito da n° 4 pagine oltre a n° ____ pagine di allegati.

Si allegano al Questionario i seguenti documenti:

- l'ultimo bilancio approvato e completo (comprensivi di nota integrativa, relazione sulla gestione, relazione dell'organo di controllo e relazione del Revisore o della Società di Revisione);
- relazione economico-patrimoniale aggiornata.
- Eventuale organigramma de gruppo

Il Proponente dichiara che quanto contenuto nel presente Questionario è conforme a verità e dichiara altresì di non aver sottaciato alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Il sottoscritto, in qualità di rappresentante legale del Proponente, dichiara di essere stato autorizzato a compilare il presente Questionario in nome e per conto del Proponente e dei Soggetti in cui questo detiene delle partecipazioni di controllo e di aver attentamente verificato l'esattezza e l'attualità delle informazioni fornite.

Il sottoscritto dichiara altresì che gli assicurandi hanno preso visione e approvato il presente Questionario così come compilato. L'Assicuratore si riserva il diritto di verificare in qualunque momento l'esattezza delle dichiarazioni rese.

Qualora dovesse essere accertata una dichiarazione inesatta o reticente (ad esempio consistenza patrimoniale e/o risultati di conto economico aggiornati difformi da quanto dichiarato e documentato), l'Assicuratore avrà il diritto di annullare il contratto senza restituzione del premio dovuto per la prima annualità e nel caso fosse già stata denunciata una Richiesta di Risarcimento, l'Assicuratore non sarà tenuto a pagare la relativa Perdita (art.1892 del Codice Civile).

Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy sintetica facente parte del presente questionario.

Luogo e Data

Timbro e Firma del Proponente

Con indicazione di Nome, Cognome e carica del rappresentante del Proponente che sottoscrive il questionario



Allegato n. al questionario D&O

A large empty rectangular box intended for the content of the questionnaire.

Luogo e Data

Timbro e Firma del Proponente

Con indicazione di Nome, Cognome e carica del rappresentante
del Proponente che sottoscrive il questionario
