

Questionario D&O R.C. Amministratori, Sindaci e Dirigenti

DATI GENERALI RIGUARDANTI LA SOCIETA':

Ragione Sociale EPPI.....

Sede Sociale VIA GIOVANNI BATTISTA MORGAGNI, 30/E 00161 ROMA.....

Capitale Sociale

Nominale Euro: Versato Euro:

Iscrizione alla Camera di Commercio (Registro Imprese) di n°.....

Data di Fondazione 11/08/1997.....

Natura Giuridica FONDAZIONE DI DIRITTO PRIVATO.....

Attività Svolta ENTE PREVIDENZIALE CHE ATTUA LA TUTELA PREVIDENZIALE A FAVORE DEGLI ISCRITTI PERITI INDUSTRIALI.....

.....
.....

ALTRI DATI RIGUARDANTI LA SOCIETA' PROPONENTE

A. Ha cambiato denominazione negli ultimi 5 anni **SI** **NO**
In caso affermativo indicare la precedente denominazione

.....

B. Ha acquistato o assorbito altre società negli ultimi due anni **SI** **NO**
In caso affermativo, fornire l'elenco e, per ciascuna, la data di acquisizione:

SOCIETA'	DATA DI ACQUISIZIONE
----------	----------------------

.....
-------	-------

.....
-------	-------

.....
-------	-------

.....
-------	-------

.....
-------	-------

.....
-------	-------

C. La società ha in corso o ha previsione di acquisto o assorbimento di altre Società **SI** **NO**
Fornire dettagli in caso affermativo

.....
.....

D. La società è a conoscenza di proposte di suo acquisto da parte di altra Società **SI** **NO**
Fornire dettagli in caso affermativo:

.....
.....

E. La società ha intenzione di effettuare una pubblica offerta di titoli in Italia o altrove nei prossimi dodici mesi SI NO

Fornire dettagli in caso affermativo:

.....

DATI SUGLI AZIONISTI / SOCI:

A. Numero degli Azionisti/Soci **NUMERO ISCRITTI AL 31.12.2024: 13.117**

B. Numero delle azioni/quote

C. Numero delle azioni/quote possedute, direttamente o indirettamente, da amministratori e dirigenti:

D. Elenco degli azionisti/soci che detengono più del 10% delle azioni/quote, (indicare generalità e percentuale)

NOME	%
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Se la proponente è controllata da altra società o da un gruppo, si prega di fornire il nome della holding principale

SOCIETÀ OPERANTE ALL'ESTERO

Specificare il tipo di attività svolta (produzione, distribuzione, commercializzazione o semplice rappresentanza), gli stati interessati e la percentuale sul volume degli affari per Paese

.....

ELENCO DELLE SOCIETÀ CONTROLLATE

Indicare lo Stato della Sede sociale e la % di controllo.
 Indicare anche le Controllate per le quali non viene richiesta copertura assicurativa.

SOCIETÀ CONTROLLATE	PAESE	%	COPERTURA
TESIP SRL	ITALIA	100	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SOCIETÀ IN HOUSE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
.....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

CAMBIAMENTI DI AMMINISTRATORI, SINDACI O DIRIGENTI NELL'ULTIMO ANNO

.....

PRECEDENTI ASSICURATIVI

La proponente, o gli amministratori, i sindaci e i dirigenti,
 Hanno mai contratto altre polizze di questo tipo? SI NO
 Se sì, con quale compagnia? **AIG**..... Per quale massimale? **€ 7.500.000,00**.....

Sono mai state rifiutate/disdette polizze per questi rischi? SI NO
 Se sì, specificare

NEL CORSO DEGLI ULTIMI DODICI (12) MESI LA SOCIETA' O CONTROLLATA HA:

Aumentato o ridotto il proprio capitale

Sospeso qualche pagamento di debito

Indicare se sia prevista una delle fattispecie menzionate per i prossimi dodici (12) mesi

LA SOCIETA', O UNA SUA CONTROLLATA, NEL CORSO DEGLI ULTIMI DODICI (12) MESI, È STATA INADEMPIENTE RELATIVAMENTE A QUALSIASI DEBITO

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli

GLI ASSICURATI O LA SOCIETA' SONO A CONOSCENZA DI FATTI O DI RICHIESTE PRESENTI O PASSATI CHE POTREBBERO DARE LUOGO A RICHIESTE

DI RISARCIMENTO DI CARATTERE CIVILE O PROCEDIMENTI DI CARATTERE PENALE? SI NO

In caso affermativo fornire dettagli

NEGLI ULTIMI TRE ANNI E' INIZIATA O CONCLUSA ALCUNA VERTENZA LEGALE (RICHIESTA DI RISARCIMENTO DI CARATTERE CIVILE O PROCEDIMENTO DI CARATTERE PENALE) NEI CONFRONTI DEGLI AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA ESTENSIONE "ILLECITO LICENZIAMENTO, MOLESTIE, DISCRIMINAZIONI" (EPLI - "Employment Practices Liability" - Individual)

La Società, le Controllate e le persone assicurate sono a conoscenza di fatti, omissioni o violazioni tali da causare una pretesa risarcitoria, che potrebbe rientrare nell'eventuale copertura assicurativa?

SI NO

In caso affermativo fornire dettagli

Indicare il numero di dipendenti del gruppo (suddivisione per Dirigenti - Funzionari - Altri)

Indicare separatamente il numero di dipendenti del gruppo in USA e in UK

In caso di Controllate estere, elencare i primi 5 stati con maggior numero di impiegati

Indicare il numero annuo di dipendenti che hanno rassegnato le proprie dimissioni o che sono stati licenziati negli ultimi 24 mesi.

È mai stata rifiutata, declinata o cancellata oppure rifiutato un rinnovo di copertura EPL alla Società o agli Assicurati?

MASSIMALE DI POLIZZA, PER SINISTRO E PER PERIODO ASSICURATIVO

Euro: € 7.500.000,00

ESTENSIONE DELLA COPERTURA A SOCIETA' COLLEGATE

SI NO

In caso affermativo, compilare l'apposita sezione del questionario "a"

ESTENSIONE DELLA COPERTURA PER IL NORD AMERICA (USA E CANADA)

SI NO

In caso affermativo, compilare l'apposita sezione del questionario "b"

IMPORTANTE: ALLEGARE ULTIMI DUE BILANCI (CON ANNESSA RELAZIONE) DELLA SOCIETA' PROPONENTE E DELLE SOCIETA' CONTROLLATE O COMUNQUE FACENTI PARTE DEL GRUPPO.

QUESTIONARIO "A"

ESTENSIONE AD AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI DI SOCIETA' COLLEGATE

Compilare il presente Questionario per ogni Società Collegata per la quale è richiesta l'estensione. Il presente questionario si rivolge agli Assicurati in quanto Amministratori, Sindaci, Dirigenti di una o più Società Collegate.

Ragione Sociale della Società Collegata:

Tipo di attività della Società Collegata:

Elenco degli azionisti della Società Collegata e rispettiva percentuale:

NOME	%
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Informazioni relative all'ultimo bilancio della Società Collegata:

Totale Attivo	.....	Debiti vs. banche	.....
Attivo Corrente	.....	Passivo Corrente	.....
Patrimonio Netto	.....	Utile Netto	.....
Fatturato	.....	Utile operativo	.....

Precisare se siano mai state avanzate richieste di risarcimento nei confronti degli Assicurati nella loro funzione di Amministratori, Sindaci, Dirigenti della Società Collegata: **SI NO**

In caso affermativo fornire dettagli

.....

Gli Assicurati o la Società proponente sono a conoscenza di fatti, errori od omissioni che potrebbero dare luogo a richieste di risarcimento, ai sensi della presente polizza? **SI NO**

In caso affermativo fornire dettagli

.....

NOTE da parte della Società

.....
.....
.....

Resta inteso, con riferimento agli ultimi due punti del presente Questionario, che se dovessero sussistere tali conoscenze, atti o informazioni, qualsiasi richiesta di indennizzo da essi/e originata é esclusa dalla presente copertura.

Il funzionario autorizzato a sottoscrivere il presente questionario dichiara che le informazioni precedentemente riportate rispondono a verità. Egli dichiara inoltre che se tra la data della presente proposta e la data di copertura intervenissero delle variazioni rispetto alle informazioni contenute nel presente questionario si farà carico di notificare immediatamente all'Assicuratore le modifiche intervenute, e l'Assicuratore potrà ritirare o modificare qualsiasi quotazione e/o autorizzazione e/o accordo contenuto nella polizza.

NOTE RELATIVE AI SOPRARIPORTATI QUESTIONARI DA PAG. 1 A PAG.:

Il Broker e la Compagnia di Assicurazioni si impegnano a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nei presenti Questionari.

I Questionari non sono vincolanti per la Proponente o l'Assicuratore; non di meno si conviene che, qualora le Parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, la proposta medesima verrà presa come base per la stipula del contratto.

In tale caso i Questionari saranno allegati alla polizza, divenendo parti integrante di essa.

Il funzionario autorizzato a sottoscrivere i Questionari dichiara che le affermazioni precedentemente riportate rispondono a verità e che qualora vi sorgano modifiche dalla data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, egli darà immediata notifica di tali modifiche, e la Compagnia di Assicurazione potrà ritirare oppure modificare il preventivo e/o la conferma di copertura.

La Società proponente

(TIMBRO)

EPPI

Nome del funzionario autorizzato a sottoscrivere in nome della Proponente/Contraente:

.....

Titolo aziendale

RUP: Francesca Gozzi

Data:

10/07/2025

Firma:

f.to Francesca Gozzi