



QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER AMMINISTRATORI, SINDACI E DIRIGENTI

DIRECTORS' & OFFICERS' LIABILITY INSURANCE MANAGEMENT LIABILITY APPLICATION FORM

SOCIETA' PROPONENTE		
1.	Ragione Sociale: <i>(Name of Company)</i>	
2.	Sede Legale: <i>(Principal Address)</i>	
3.	Website/e-mail address:	
4.	Paese di Iscrizione al registro delle imprese <i>(Country of Registration)</i>	
5.	Attività <i>(Nature of the business)</i>	
6.	Data di Fondazione <i>(Date of establishment)</i>	____/____/____
AZIONISTI / SOCI		
7.	Elenco degli azionisti/ soci che detengono piu' del 5% delle azioni/quote <i>(List of shareholders/partners owning more than 5% of the shares of the company)</i>	
Nome <i>(Name)</i>	Percentuale di partecipazione <i>(Percentage owned)</i>	Indicare se tra gli assicurandi vi sono anche azionisti/soci della società proponente o di una sua controllata ? <i>(Is the Shareholder represented on any board of directors of the Company or its subsidiaries ?)</i>
		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"/>

8. **La società proponente, o una sua controllata, e' quotata in borsa ?**
Are the shares of the Company or any of its subsidiaries publicly traded?

SI NO

Se si, dove e da quando ? (in the case of a subsidiary also state the name of the subsidiary)

If YES, please specify the exchanges on which they are listed and the date listed (in the case of a subsidiary also state the name of the subsidiary).

9. **La società proponente, o una sua controllata, ha emesso obbligazioni?**

SI NO

Has the company, or any of its subsidiaries, issued bonds ?

Se si, indicare importo,scadenza, modalità di rimborso, tasso annuo

If yes, please provide amount, expiring date, method of reimbursement, annual rate

10. **La società proponente, o una sua controllata, prevede una quotazione in borsa, l'emissione di bond un aumento di capitale nei prossimi 12 mesi ?**

SI NO

Does the Company contemplate any public offering or share issue in the next 12 months?

Se si, fornire dettagli

If YES, please provide details

SOCIETA' CONTROLLATE E PARTECIPATE

11. **Elenco delle società controllate e partecipate (ai sensi della polizza). Indicare se si richiede copertura anche per le società partecipate.**
Please provide a list of all subsidiaries and associated companies. Please indicate whether coverage for associated companies is required.

<u>Nome</u> (Name)	<u>Attività</u> (Nature of Business)	<u>Percentuale di partecipazione</u> (Percentage Owned)	<u>Copertura richiesta ?</u> Coverage required ?

12. **Fornire dei dettagli relativi a società acquisite o cedute dopo la chiusura dell'ultimo bilancio**
(Please provide details of any companies acquired or disposed of since the publication of latest annual report)

Nome (Name)	Attività (Nature of Business)	Acquisite o cedute (Acquired/Disposed)	Percentuale di partecipazione (Percentage Owned)

USA

13. **La società proponente, o le sue controllate, svolgono attività in USA o Canada?** SI NO
Does the Company, or its subsidiaries, operate in USA or Canada ?

Se si, specificare il totale degli attivi ed il numero dei dipendenti in USA o Canada
If yes, please specify the total assets and the number of employees in USA and Canada

14. **La società proponente, o le sue controllate, hanno emesso azioni od obbligazioni in USA o Canada ?** SI NO
Does the Company, or its subsidiaries, have any stock, shares or debentures in USA or Canada ?

a) L'emissione e' soggetta a "SECURITIES ACT" del 1933 e "THE SECURITIES EXCHANGE ACT" del 1934 e/o altri emendamenti ? SI NO
WAS THE OFFER SUBJECT TO THE US SECURITIES ACT OF 1933 AND/OR THE SECURITIES EXCHANGE ACT OF 1934 AND/OR ANY AMENDMENTS ?

b) Se la società proponente o le sue controllate hanno emesso azioni od obbligazioni in USA e Canada in forma di ADRs precisare:
If any stocks or shares are traded in the form of ADRs, please advise :

I.se i titoli sono sponsorizzati o meno
Whether they are sponsored or un-sponsored

II. la percentuale di ADRs sulla capitalizzazione totale della proponente o della controllata
The percentage of ADRs on the total market capital of the company or the subsidiary

ADDITIONAL INFORMATION

15. **È la Società ,o qualsiasi delle sue società controllate, in stato di insolvenza?** SI NO
Is the Company, or any of its subsidiaries, insolvent?

Se si, fornire dettagli
If YES, please provide details.

16. **La società proponente, o una sua controllata, dispone di fondi di investimento esteri, ha costituito società off shore o SPVs/SPEs, società partecipate o joint ventures che non rientrano nel bilancio consolidato?** SI NO
Does the company, or any of its subsidiaries, have foreign account, off shore companies or SPVs/SPEs, investments, associated companies, joint ventures that have not been brought onto the balance sheet ?

Se si, fornire dettagli
If YES, please provide details.

17. **La proponente/gli assicurandi hanno stipulato altre polizze di questo tipo ?** SI NO
Does the company have/had D&O Coverage ?

Se “si”, specificare assicuratore, massimale e scadenza
If “yes”, specify insurer, limit and expiration date

18. **Alla contraente, sono state mai annullate coperture assicurative per le garanzie oggetto di questo questionario (D&O e EPL) ?** SI NO
Has the company ever been refused or cancelled coverage for this type of policy (D&O e EPL) ?

Se “si”, specificare:
If “yes”, specify:

SINSITRI E CIRCOSTANZE

Ai fini di questa sezione, per “domanda” si intende qualsiasi atto, comunicazione verbale o scritta, qualsiasi procedimento legale, amministrativo, regolamentare, civile o penale

For the purpose of this section, “claim” shall mean any written notice, any written or verbal communication, any legal or administrative or regulatory proceeding

19. **La proponente, una delle sue controllate e/o uno o più degli amministratori, sindaci o direttori generali, sono a conoscenza di fatti presenti o passati che potrebbero essere fonte delle responsabilità garantite dalla copertura richiesta (D&O e EPL) ?** SI NO
Is the applicant, any subsidiary and/or any director or officer aware of any circumstances which may give rise to claims (D&O e EPL)

Se “si”, specificare
If “yes”, specify

20. **Negli ultimi 5 anni, sono mai state avanzate domande (richieste di risarcimento) nei confronti della proponente, una delle sue controllata e/o uno o piu' degli amministratori, sindaci o direttori generali delle stesse (D&O e EPL) ?** SI NO
In the last 5 years, have any claims been made against the applicant, its subsidiaries and/or director or officer or Statutory auditor of the company or its subsidiaries (D&O e EPL) ?

Se “si”, specificare
If “yes”, specify

COPERTURA RICHIESTA

21. **Massimali richiesti per sinistro e periodo:**
Limit of liability required per loss and per period of insurance

EURO
EURO
EURO

DOMANDE RELATIVE AL COVID-19

22. **E' stata fatta una valutazione del rischio relativamente agli impatti che il COVID-19 potrebbe avere sull'operatività aziendale in termini di risultati finanziari e sulla continuità aziendale?** SI NO
Does the company have assessed the impact that COVID-19 could have on the operations in terms of financial performance and ability of the company to continue trading?

Se "si", riportare l'esito
If "yes", report it

22. **Riportare l'impatto sulla supply chain e la produzione.**
Report the impact on supply chain and production.

23. **Il CDA si è riunito e si riunisce periodicamente per discutere della situazione?** SI NO
Are there some Board meetings to discuss this?

Se "si", specificare la frequenza.
If "yes", specify how often

24. **E' previsto un cambiamento nelle modalità operative?** SI NO
Does the company anticipate a change in Guidance?

Se "si", specificare quali.
If "yes", specify what.

25. **Sono state prese delle precauzioni per salvaguardare i dipendenti?** SI NO
What precautions are you taking for you own staff?

Se "si", specificare quali.
If "yes", specify what.

26. **I clienti chiave della Società sono stati gravemente impattati o si prevede lo saranno in futuro?** SI NO
Are/Will be the company's key clients impacted?

Se "si", specificare come.
If "yes", specify how.

DICHIARAZIONI ED AVVISI IMPORTANTI

La persona autorizzata a sottoscrivere il presente questionario dichiara, ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c., che, per quanto in sua conoscenza in relazione alle funzioni espletate, le affermazioni precedentemente riportate sono veritiere e che qualora insorgano modifiche tra la data di firma del presente e la data di entrata in vigore della copertura, egli darà immediata notifica di tali modifiche, e la società assicuratrice potrà ritirare oppure modificare la propria proposta e/o conferma di copertura.

Il presente questionario ed ogni suo allegato formano parte integrante ed essenziale della Polizza.

Si ricorda inoltre, ai sensi di quanto prescritto dal Regolamento n. 35/2010 e successive modificazioni, che:

(a) AI SENSI DEGLI ARTICOLI 1892, 1893 E 1894 DEL CODICE CIVILE, LE DICHIARAZIONI IN VERITIERE, INESATTE O RETICENTI, RESE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA STIPULAZIONE DEL CONTRATTO E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO POSSONO COMPORTARE L'ANNULLAMENTO DEL CONTRATTO O COMUNQUE, LA PERDITA, TOTALE O PARZIALE, DEL DIRITTO ALL'INDENNIZZO.

(b) IL PREMIO È DOVUTO CON PERIODICITÀ ANNUALE. 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 ESPRESSAMENTE AUTORIZZATI IN TALE QUALITÀ. EVENTUALI FRAZIONAMENTI DEL PREMIO POTRANNO ESSERE CONCORDATI DI VOLTA IN VOLTA TRA ASSICURATO/CONTRAENTE E ASSICURATORI E SONO INDICATI NELLA SCHEDA DI POLIZZA.

The person authorized to sign this questionnaire declares, according to artt. 1892 and 1893 c. c., that, to the best of his/her knowledge, what previously declared is truthful and if any changes occur between the date of signing of the present document and the effective date of coverage, immediate notification of such changes must be given, and the insurance company will have the right to withdraw or to change quotation / coverage and/or confirmation of coverage.

The proposal form and every attachment are integral parts of the policy.

Please note in addition that pursuant to IVASS Regulation no. 35/2010 as amended:

(a) IN ACCORDANCE WITH ARTICLES 1892, 1893 E 1894 OF THE CIVIL CODE, INEXACT AND/OR INCOMPLETE STATEMENT RENDERED BY THE INDIVIDUAL HAVING AUTHORITY TO DO SO MAY LEAD TO THE CANCELLATION OF THE CONTRACT OR TO THE TOTAL OR PARTIAL LOSS OF INDEMNIFICATION'S RIGHTS.

(b) THE PREMIUM IS DUE YEARLY. THE ONLY MEANS OF PAYMENT OF THE PREMIUM ACCEPTED BY THE INSURERS ARE THE FOLLOWING: TRANSFERS/BANKER'S DRAFTS IN THE NAME OF THE INSURERS AND/OR OF THE INTERMEDIARIES DULY AUTHORIZED. ANY SPLIT OF THE PREMIUM MAY BE AGREED FROM TIME TO TIME BETWEEN POLICYHOLDER/INSURED AND INSURERS AND SHOWN IN THE SCHEDULE.

La proponente

Firma _____

Data: _____

Indicare nome e titolo della persona autorizzata a sottoscrivere in nome della Società Proponente.
(Name and job title of the person authorized to sign on behalf of the Company)

LA PROPONENTE DICHIARA DI AVERE RICEVUTO I SINGOLI DOCUMENTI CHE COMPONGONO IL FASCICOLO INFORMATIVO E SEGNATAMENTE:

- **NOTA INFORMATIVA, COMPENSIVA DI GLOSSARIO;**
- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE;**
- **QUESTIONARIO PROPOSTA**

I ACKNOWLEDGE THAT ALL THE DOCUMENTS CONTAINED IN THE INFORMATION BOOKLET HAVE BEEN DULY RECEIVED AND NAMELY:

- **INFORMATION NOTICE, INCLUDING THE GLOSSARY;**
- **GENERAL TERMS AND CONDITIONS;**
- **PROPOSAL FORM;**

La proponente

Firma _____

Data _____

Indicare nome e titolo della persona autorizzata a sottoscrivere in nome della Società Proponente.
(Name and job title of the person authorized to sign on behalf of the Company)



INFORMATIVA PRIVACY AI CONTRAENTI

1. Introduzione

QBE Europe SA/NV - Rappresentanza Generale per l'Italia (la "Società") la informa, in qualità di **Titolare del trattamento** (che può essere contattato all'indirizzo email: dpo@uk.qbe.com e reclami@it.qbe.com) che i dati personali relativi all'assicurato/contraente/beneficiario (l'"**Interessato**"), necessari per la prestazione dei servizi e/o l'esecuzione degli obblighi della polizza a cui la presente informativa è allegata (la "**Polizza**"), saranno trattati in conformità con la presente Informativa.

2. Chi è il titolare del trattamento?

La Società con sede secondaria in Milano, Via Melchiorre Gioia, 8 sito internet: <http://www.qbeitalia.com> è il **Titolare del trattamento** e può essere contattata al seguente indirizzo e-mail: dpo@uk.qbe.com o reclami@it.qbe.com.

Una lista completa dei Responsabili del trattamento nominati dalla Società può essere richiesta alla stessa con una comunicazione agli indirizzi sopra indicati.

3. Quali tipologie di Dati Personali vengono trattati dalla Società?

La **Società** tratta le seguenti tipologie di dati personali dell'Interessato (complessivamente i "**Dati Personali**"), acquisiti- anche verbalmente -direttamente presso l'**Interessato** o tramite soggetti terzi:

- a) dati identificativi quali, ad esempio: nome, cognome, codice fiscale, indirizzo, telefono, mail, *etc.*;
- b) categorie particolari di dati, quali dati relativi alla salute.

4. Per quali finalità vengono trattati i Dati Personali?

La **Società** tratta i **Dati Personali** per le seguenti finalità:

- a) per la stipula ed esecuzione della Polizza (compresa la valutazione del rischio assicurativo effettuata dalla Società sulla base di determinate caratteristiche dell'**Interessato**); e la prestazione dei servizi connessi all'attività assicurativa e riassicurativa oggetto della Polizza (di seguito, "**Finalità Assicurative**");
- b) per l'adempimento di obblighi previsti da leggi o regolamenti applicabili, nonché da disposizioni impartite dalle competenti autorità/organi di vigilanza e controllo (di seguito, "**Finalità di Legge**");
- c) per lo svolgimento di attività funzionali a cessioni di azienda e di ramo d'azienda, acquisizioni, fusioni, scissioni o altre trasformazioni e per l'esecuzione di tali operazioni (di seguito, "**Finalità di Legittimo Interesse di Business**").

5. Qual è la base giuridica del trattamento?

Il trattamento dei **Dati Personali** è obbligatorio per:

- a) l'esecuzione della Polizza in relazione alle **Finalità Assicurative** di cui al paragrafo 4, lettera a);
- b) l'adempimento agli obblighi di legge in relazione alle **Finalità di Legge** di cui al paragrafo 4, lettera b), nei limiti previsti dalla legge;
- c) il legittimo interesse della Società e delle sue controparti alla conclusione degli accordi previsti alla paragrafo 4 lettera c) in relazione alle **Finalità di Legittimo Interesse di Business**.

Il rifiuto di fornire i **Dati Personali** per le finalità indicate al paragrafo 4, lettere a) e b) avrebbe il risultato di impedire alla **Società** di concludere la **Polizza** e, se già conclusa, di proseguirne l'esecuzione. Al contrario, è possibile opporsi per motivi legittimi al trattamento per le finalità di cui al paragrafo 4 lettera c), a meno che non sia individuato un motivo legittimo prevalente della **Società**.

Il trattamento dei dati sulla salute per le **Finalità Assicurative** non è obbligatorio ed è sottoposto al consenso dell'Interessato. Tuttavia, in caso di mancato consenso, la **Società** non potrà valutare il rischio assicurativo e/o dare esecuzione alla **Polizza** e, quindi, non sarà possibile addivenire alla stipula della stessa.

6. Con quali modalità vengono trattati i Dati Personali?

I **Dati Personali** vengono trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico e con strumenti comunque automatizzati e, in ogni caso, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei **Dati Personali** stessi.

7. A chi possono essere comunicati i Dati Personali?

I **Dati Personali** possono essere comunicati dalla **Società** a:

- d) dipendenti e collaboratori della **Società** nell'ambito delle relative mansioni e in qualità di Incaricati del trattamento;
- e) soggetti terzi appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa" quali, ad esempio, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, e mediatori di Assicurazione ; consulenti legali e periti; medici legali, fiduciari, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, società volte alla fornitura di servizi connessi alla gestione del rapporto contrattuale in essere o da stipulare; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, il Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP e UCI ed ulteriori autorità competenti ai sensi della normativa applicabile, nell'ambito della ordinaria gestione della Polizza;
- f) soggetti terzi coinvolti nello specifico rapporto di Assicurazione quali, ad esempio, contraente, assicurati, beneficiari, danneggiati, coobbligati, ecc.;
- g) professionisti, consulenti, istituti di credito e società di recupero dei crediti; e
- h) società terze fornitrici di servizi alla Società, quali ad esempio quelli informatici o di archiviazione.

I Suoi **Dati Personali**, in ogni caso, non saranno oggetto di diffusione.

8. I Dati Personali vengono trasferiti all'estero?

I **Dati Personali** possono invece essere comunicati e trasferiti a soggetti terzi quali, ad esempio, Società del Gruppo, controllanti, controllate e collegate, residenti in Paesi anche non appartenenti all'Unione Europea (Filippine, Stati Uniti, India). L'elenco completo e aggiornato è reperibile al seguente indirizzo: <http://www.qbeitalia.com/>.

Tale trasferimento avverrà in conformità con gli articoli 45 e 46 del Regolamento generale sul trattamento dei dati personali 679/2016/UE (il "**Regolamento Privacy**"). L'**Interessato** può ottenere in qualsiasi momento dalla **Società** il riferimento alle garanzie appropriate o opportune e i mezzi per ottenere una copia di tali **Dati Personali**, o il luogo in cui sono stati resi disponibili.

9. Per quanto tempo verranno conservati i Dati Personali?

I **Dati Personali** raccolti per le finalità di cui alle lettere a) e c) del paragrafo 4 vengono trattati per un periodo pari alla durata della **Polizza** (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso della stessa, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Al contrario, i **Dati Personali** raccolti per le finalità di cui alla lettera b) del paragrafo 4 saranno conservati per il termine previsto dalla legge.

10. Che diritti ha l'Interessato con riguardo ai suoi Dati Personali?

L'**Interessato**, con riguardo ai suoi **Dati Personali** può - tramite l'invio di una comunicazione all'indirizzo di cui al paragrafo 2 - in ogni momento esercitare i propri diritti di: (i) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di **Dati Personali** che lo riguardano ed averne comunicazione; (ii) conoscere l'origine dei **Dati Personali**, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettifica o - se ne ha interesse - l'integrazione dei **Dati Personali**; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei **Dati Personali** eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) revocare, in qualsiasi momento, il consenso al trattamento dei **Dati Personali**, senza che ciò pregiudichi in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

In aggiunta alle previsioni di cui al presente paragrafo, ai sensi del Regolamento Privacy, l'**Interessato** potrà avvalersi dei seguenti ulteriori diritti:

- a) l'**Interessato** potrà, in qualsiasi momento nelle circostanze previste dal Regolamento Privacy (i) chiedere alla **Società** la limitazione del trattamento dei **Dati Personali**; (ii) opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi **Dati Personali**, a meno che la **Società** non abbia dei motivi legittimi prevalenti; (iii) chiedere la cancellazione dei **Dati Personali** che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e (iv) ottenere la portabilità dei dati che lo riguardano;
- b) l'**Interessato** avrà il diritto di proporre Reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali ove ne sussistano i presupposti.

11. Come contattare il titolare del trattamento?

Qualora l'**Interessato** avesse dei dubbi o perplessità inerenti la presente Informativa privacy o volesse esercitare i diritti previsti dalla presente informativa, può contattare la **Società** ai seguenti indirizzo mail: dpo@uk.qbe.com o reclami@it.qbe.com.

La **Società** ha nominato un responsabile della protezione dei dati personali (il "**DPO**") ai sensi dell'articolo 37 del Regolamento Privacy, contattabile al seguente indirizzo email: dpo@uk.qbe.com, o al seguente indirizzo postale: QBE European Operations, Plantation Place, 30 Fenchurch Street, London.



12. Modifiche e aggiornamenti

La presente Informativa è valida sin dalla data di efficacia. La **Società** potrebbe tuttavia con un previo preavviso apportare modifiche e/o integrazioni a detta informativa, anche quale conseguenza dell'inizio dell'efficacia del Regolamento Privacy e di eventuali successive modifiche e/o integrazioni normative.

Milano 01.01.2019


QBE Europe SA/NV
Rappresentanza Generale per l'Italia

Consenso al trattamento dei dati

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali, dichiaro di essere consapevole che il trattamento dei dati personali anche relativi alla mia salute eventualmente forniti da parte di QBE Europe SA/NV in qualità di **Titolare del trattamento** è necessario per l'adempimento delle **Finalità Assicurative** di cui all'Informativa sul trattamento dei dati personali e, pertanto, presto il consenso a tale trattamento.

Il Contraente

(firma)