

MARSH S.P.A

**QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER AMMINISTRATORI, SINDACI  
E DIRIGENTI**

QUESTIONNAIRE FOR DIRECTORS AND OFFICERS LIABILITY INSURANCE

IL SEGUENTE QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE SI RIFERISCE AD UN POLIZZA OPERANTE  
PER LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE PER LA PRIMA VOLTA CONTRO GLI  
ASSICURATI DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE (CLAIMS MADE)

This is a QUESTIONNAIRE for a policy relating to claims made against the insured party during the  
current the policy PERIOD

1

**SOCIETA' PROPONENTE:**

INFORMATION CONCERNING THE COMPANY:

**A. RAGIONE SOCIALE - SEDE LEGALE E INDIRIZZO INTERNET**

COMPANY NAME/ ADDRESS AND INTERNET ADDRESS

SANITA SERVICE ASL FG SRL

**CAPITALE SOCIALE (company's capital)**

€ 100'000,00

**NOMINALE (registered)** 100'000

**VERSATO (paid up)** 100'000

**B. LA SOCIETA' PROPONENTE HA CAMBIATO RAGIONE SOCIALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI?**

HAS THE COMPANY CHANGED NAME DURING THE PAST 5 YEARS?



SI



NO

**SE SI', INDICARE LA PRECEDENTE DENOMINAZIONE**

IF YES, SPECIFY PRIOR NAME:

SANITA SERVICE SRL

**C. DATA DI FONDAZIONE**

DATE FOUNDED

30/05/2008

**D. ATTIVITA'**

NATURE OF BUSINESS

SERVIZI STRUTTURALI ALL'ATTIVITA' OSPEDALIERA ASL;  
PRINCIPALMENTE: SOCCORSO E TRASPORTO DI MALATI E INFERMI; POLICIA  
E SANIFICAZIONE; MANUTENZIONE ORDINARIA DI EDIFICI; TRASPORTO FARMACI  
E BENI ECONOMICI; CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

**E. LA SOCIETA' PROPONENTE O LE CONTROLLATE SVOLGONO ATTIVITA' ALL'ESTERO?**

*DOES THE COMPANY - OR ITS SUBSIDIARIES OPERATE ABROAD?*

☐ SI ☒ NO

**SE SI', SPECIFICARE IL TIPO DI ATTIVITA' E GLI STATI**

*IF YES, SPECIFY ACTIVITY AND COUNTRIES:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IN PARTICOLARE ESISTONO SOCIETA' CONTROLLATE NEI SEGUENTI PAESI (NEI QUALI SARA' NECESSARIO EMETTERE POLIZZE LOCALI)**

- BRASILE
- INDIA
- CINA
- RUSSIA
- GIAPPONE
- ARGENTINA
- SVIZZERA

**F. LA SOCIETA' PROPONENTE O SUA CONTROLLATA E' QUOTATA IN BORSA?**

*IS THE COMPANY - OR A SUBSIDIARY - LISTED ON A STOCK EXCHANGE?*

☐ SI ☒ NO

**SE SI', DOVE E DA QUANDO? SPECIFICARE NOME DELLA SOCIETA' QUOTATA, DATA DI PRIMA QUOTAZIONE, BORSA E STATO, CAPITALIZZAZIONE DI MERCATO, INDICARE SPECIFICAMENTE LA CAPITALIZZAZIONE DI MERCATO IN USA, RATING E AGENZIA DI RATING**

*IF YES, WHERE AND SINCE WHEN? SPECIFY THE NAME OF THE LISTED COMPANY, DATE OF FIRST LISTING, STOCK AND STATE, MARKET CAPITALIZATION, SPECIFICALLY INDICATE THE MARKET CAPITALIZATION IN THE USA, RATING AND RATING AGENCY*

\_\_\_\_\_

**G. E' ATTUALMENTE IN CORSO UN PROCESSO INTERNO VOLTO ALLA QUOTAZIONE IN BORSA DELLA SOCIETA' O DI UNA SUA CONTROLLATA NEI PROSSIMI MESI?**

*IS AN INTERNAL PROCESS CURRENTLY UNDERWAY AIMED AT THE LISTING OF THE COMPANY OR ONE OF ITS SUBSIDIARIES ON THE STOCK EXCHANGE IN THE NEXT MONTHS?*

☐ SI ☒ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

*IF YES, PROVIDE DETAILS.*

\_\_\_\_\_

**H. LA SOCIETA' PROPONENTE O UNA SUA CONTROLLATA HA EMESSO OBBLIGAZIONI?**

*HAS THE COMPANY - OR ANY OF ITS SUBSIDIARY - ISSUED BONDS?*

☐ SI

☒ NO

**SE SI', FORNIRE L'IMPORTO, LA SCADENZA, LE MODALITA' DI RIMBORSO, IL TASSO ANNUO E UN EVENTUALE RATING**

*IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS ABOUT AMOUNT, EXPIRING DATE, METHOD OF REIMBURSEMENT, ANNUAL RATE AND RATING.*

- I. E' ATTUALMENTE IN CORSO UN PROCESSO INTERNO VOLTO ALL'EMISSIONE TITOLI (ES. OBBLIGAZIONI, AZIONI, ALTRI STRUMENTI FINANZIARI NEGOZIATI) DELLA SOCIETA' O DI UNA SUA CONTROLLATANEI PROSSIMI 12 MESI?** *IS AN INTERNAL PROCESS CURRENTLY UNDERWAY AIMED AT THE ISSUE OF SECURITIES (EX. BONDS, SHARES, OTHER NEGOTIATED FINANCIAL INSTRUMENTS) OF THE COMPANY OR OF A SUBSIDIARY IN THE NEXT 12 MONTHS?*

☐

SI

☒

NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

*IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS*

- J. LA SOCIETA' PROPONENTE O UNA SUA CONTROLLATA DISPONE DI FONDI DI INVESTIMENTO ESTERI O HA COSTITUITO SOCIETA' OFF SHORE O HA COSTITUITO SPVs/SPEs?**

*DOES THE COMPANY - OR ANY OF ITS SUBSIDIARY - HAVE FOREIGN ACCOUNTS, OFF SHORE COMPANIES, OR SPVs/SPEs?*

☐

SI

☒

NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

*IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS*

- K. LA SOCIETA' PROPONENTE FA PARTE DI UN GRUPPO?**

*DOES THE COMPANY FORM PART OF A GROUP OF COMPANIES?*

☐

SI

☒

NO

**SE SI', INDICARE IL NOME DEL GRUPPO**

*IF YES, SPECIFY THE GROUP*

**L. LA SOCIETA' PROPONENTE CONTROLLA ALTRE SOCIETA'?**  
DOES THE APPLICANT CONTROL OTHER COMPANIES?

☐ SI ☒ NO

**SE SI', INDICARE IL NOME DELLE SOCIETA' CONTROLLATE E LA PERCENTUALE POSSEDUTA**

IF YES, SPECIFY THE PERCENTAGE OF SHARE CAPITAL OWNED BY THE APPLICANT

---

**M. LA SOCIETA' PROPONENTE HA ACQUISITO O ASSORBITO ALTRE SOCIETA' NEGLI ULTIMI 5 ANNI? HAS THE COMPANY MADE ACQUISITIONS OR MERGERS IN THE PAST 5 YEARS?**

☐ SI ☒ NO

**SONO PREVISTE OPERAZIONI DI QUESTO TIPO NEI PROSSIMI 12 MESI?**  
ARE THERE ANY MERGER AND ACQUISITION PLANS WITHIN THE NEXT 12 MONTHS?

☐ SI ☒ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI:**  
IF YES, SPECIFY

---

**N. INDICARE SE LA PROPONENTE HA IN PREVISIONE NEI PROSSIMI 12 MESI UN AUMENTO DI CAPITALE.**  
HAS THE COMPANY PLANNED AN INCREASE OF SHARE CAPITAL ?

☐ SI ☒ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**  
IF YES, PROVIDE DETAILS

---

**O. LA SOCIETA' PROPONENTE E' CONTROLLATA O PARTECIPATA DA ENTI PUBBLICI?**  
IS THE COMPANY CONTROLLED/PARTICIPATED BY PUBLIC ENTITIES?

☒ SI ☐ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**  
IF YES, PROVIDE DETAILS

AZIENDA SAN GIAMMA LOCMLE DI FOGGIA (PARTICIPAZIONE 100%)

**P. LA SOCIETA' PROPONENTE E' SOGGETTA AL CONTROLLO DELLA CORTE DEI CONTI?**  
IS THE COMPANY UNDER THE CONTROL OF CORTE DEI CONTI?

☒ ☐

SI

NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

IF YES, PROVIDE DETAILS

CFR ART. 12 DLGS 175/2016

- Q. LA SOCIETÀ PROPONENTE E/O LE SUE SOCIETÀ CONTROLLATE E/O PARTECIPATE HANNO CONNESSIONI COMMERCIALI CON L'IRAN (ES. SOCIETÀ CONTROLLATE E/O PARTECIPATE IN IRAN, BENI/SERVIZI DESTINATI AL MERCATO IRANIANO, FATTURATO REALIZZATO IN IRAN)?**

DO THE COMPANY AND/OR ITS SUBSIDIARIES AND/OR ITS PARTICIPATED HAVE COMMERCIAL CONNECTIONS WITH IRAN (E.G. CONTROLLED/PARTICIPATED COMPANIES IN IRAN, GOODS OR SERVICES INTENDED TO THE IRANIAN MARKET, TURNOVER MADE IN IRAN)?

☐ SI

☒ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

IF YES, PROVIDE DETAILS

- R. NEGLI ULTIMI 12 MESI LA SOCIETÀ PROPONENTE O UNA DELLE SUE CONTROLLATE HA RISPETTATO I COVENANTS (PARAMETRI FINANZIARI PREVISTI DAI CONTRATTI DI FINANZIAMENTO)?**

DURING THE LAST 12 MONTHS, HAVE THE SOCIETY OR ITS CONTROLLED BE COMPLIANT WITH THE COVENANTS?

☐ SI

☒ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

IF YES, PROVIDE DETAILS

NON HA CONTRATTI DI FINANZIAMENTO

- S. SONO ATTUALMENTE IN ESSERE PROCEDURE DI INSOLVENZA (ES. FALLIMENTO, LIQUIDAZIONE GIUDIZIALE, PROCEDURE CONCURSUALI, ACCORDI DI RISTRUTTURAZIONE, PIANI DI RISANAMENTO) CHE COINVOLGONO LA SOCIETÀ PROPONENTE E/O LE SUE SOCIETÀ CONTROLLATE? ARE INSOLVENT PROCEEDINGS CURRENTLY IN PROGRESS (E.G. BANKRUPTCY, LIQUIDATION, COMPETITION PROCEDURES, RESTRUCTURING AGREEMENTS, RESTORATION PLANS) WHICH INVOLVE THE COMPANY AND / OR ITS SUBSIDIARIES?**

☐ SI

☒ NO

**SE SI', FORNIRE DETTAGLI**

IF YES, PROVIDE DETAILS

2

# **DATI SUGLI AZIONISTI/SOCI**

SHAREHOLDERS / PARTNERS INFORMATION

- A. ELENCO AZIONISTI / SOCI CHE DETENGONO PIU' DEL 5% DELLE AZIONI/QUOTE  
INDICARE GENERALITA' E PERCENTUALI**  
LISTING OF SHAREHOLDERS/PARTNERS OWNING MORE THAN 5% OF THE SHARES OF THE COMPANY

**NOME**  
NAME

**PERCENTUALE**  
PERCENTAGE

ASL FG  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

100 %  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLEGARE ORGANIGRAMMA DEL GRUPPO**  
PLEASE ENCLOSE GROUP'S CHART

3

# **DATI SUGLI ASSICURANDI**

INFORMATION ON THE PERSONS TO BE INSURED

- A. LA SOCIETA' PROPONENTE / GLI ASSICURANDI HANNO STIPULATO ALTRE  
POLIZZE DI QUESTO TIPO?**  
HAS THE COMPANY HAD DIRECTORS AND OFFICERS COVERAGE?

☒ SI ☐ NO

**SE SI', SPECIFICARE COMPAGNIA, MASSIMALE E SCADENZA**  
IF YES, SPECIFY INSURER, LIMIT AND EXPIRY DATE

ZURICH INSURANCE - € 1.500.000,00 - SCAD. 30.06.21

- B. SONO MAI STATE ANNULLATE ALLA SOCIETA' PROPONENTE COPERTURE  
ASSICURATIVE PER QUESTI RISCHI?**  
HAS THE COMPANY EVER BEEN REFUSED, OR HAD CANCELLED, COVERAGE FOR THIS LIABILITY?

☐ SI ☒ NO

**SE SI', SPECIFICARE:**  
IF YES, SPECIFY

\_\_\_\_\_

- C. INDICARE SE VI SONO STATI CAMBIAMENTI DEGLI AMMINISTRATORI, SINDACI  
O DIRIGENTI NEGLI ULTIMI 18 MESI. ( In particolar modo per le figure di CEO-  
Direttore Generale /Amministratore Delegato e CFO- Direttore Finanziario)**

PLEASE INDICATE ANY CHANGE HAS OCCURRED TO THE DIRECTORS & OFFICERS  
STRUCTURE IN THE LAST 18 MONTHS ( especially concerning CEO and CFO positions)

NO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- D. SONO MAI STATE AVANZATE RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEI CONFRONTI DELLA PROPONENTE, UNA DELLE SUE CONTROLLATE E/O UNO O PIU' AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI O DIRETTORI GENERALI DELLE STESSE?  
HAVE ANY CLAIMS BEEN MADE AGAINST THE APPLICANT, OR ITS SUBSIDIARY OR ANY NATURAL PERSON WHO IS OR HAS BEEN A DIRECTOR, OFFICER STATUTORY AUDITOR OF THE COMPANY OR ANY SUBSIDIARY?

☐ SI ☒ NO

SE SI', FORNIRE DETTAGLI  
IF YES, PROVIDE DETAILS

- E. INDICARE SE ESISTONO VINCOLI DI PARENTELA FRA GLI ASSICURANDI (GENERALITA' E CARICA)  
WHICH OF THE PERSONS TO BE INSURED ARE MEMBERS OF THE SAME FAMILY?

no

- F. INDICARE SE TRA GLI ASSICURANDI VI SONO ANCHE AZIONISTI/SOCI DELLA SOCIETA' PROPONENTE O DI UNA CONTROLLATA  
LIST DIRECTORS OR OFFICERS WHO ARE ALSO SHAREHOLDERS /PARTNERS OF THE COMPANY OR OF A SUBSIDIARY

no

4

**COPERTURA USA/CANADA**  
USA/CANADA COVERAGE

- A. LA SOCIETA' PROPONENTE O LE CONTROLLATE SVOLGONO ATTIVITA' IN USA O CANADA?

DO THE COMPANY - OR ITS SUBSIDIARIES- OPERATE IN USA OR CANADA?

☐ SI ☒ NO

SE SI', SPECIFICARE LA PERCENTUALE DI FATTURATO RISPETTO AL TOTALE ED IL NUMERO DEI DIPENDENTI IN USA/CANADA

IF YES, SPECIFY THE PERCENTAGE OF TOTAL TURNOVER AND THE NUMBER OF EMPLOYEES IN USA/CANADA

- B. LE RISPOSTE 1, 2 E 3 SONO DA COMPLETARE SOLAMENTE SE LA COPERTURA DEVE ESSERE ESTESA AGLI STATI UNITI / CANADA

QUESTIONS 1, 2 AND 3 ARE TO BE COMPLETED ONLY IF COVER IS REQUIRED FOR CLAIMS MADE IN THE UNITED STATES OF AMERICA OR CANADA

**1) INDICARE IL TOTALE ATTIVO DI STATO PATRIMONIALE (TOTAL ASSETS) DELLA/E SOCIETÀ IN USA/CANADA**

*INDICATE THE TOTAL ASSETS FIGURE OF THE COMPANY/IES IN USA/CANADA*

USD \_\_\_\_\_

**2) FARE UN ELENCO DELLE SOCIETÀ CONTROLLATE IN USA/CANADA INDICANDO LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE ED IL SOCIO DI MINORANZA**  
*LIST THOSE SUBSIDIARIES IN USA/CANADA WITH THE COMPANY'S PERCENTAGE INTEREST IN EACH AND SHOW THE OWNER OF THE MINORITY INTEREST*

---

---

---

---

**3) LA SOCIETÀ PROPONENTE O LE CONTROLLATE HANNO EMESSO AZIONI, QUOTE OD OBBLIGAZIONI IN USA/CANADA?**

*DO ANY OF THE COMPANY OR ITS SUBSIDIARIES HAVE ANY STOCK, SHARES OR DEBENTURES IN NORTH AMERICA?*

☐ SI ☐ NO

**SE "SI" RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE:**

*IF "YES" PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING QUESTION:*

**(I) L'EMISSIONE È SOGGETTA A "SECURITIES ACT" DEL 1933 E "THE SECURITIES EXCHANGE ACT" DEL 1934 E/O ALTRI EMENDAMENTI?**  
*WAS THE OFFER SUBJECT TO THE UNITED STATES SECURITIES ACT OF 1933 AND/OR THE SECURITIES EXCHANGE ACT OF 1934 AND/OR ANY AMENDMENTS THERETO?*

☐ SI ☐ NO

**SE "SI", ALLEGARE COPIA DEL PIÙ RECENTE "FILE SEC 20F" O DI ALTRA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE RICHIESTA DALL'AUTORITÀ DI VIGILANZA USA**  
*IF YES, ATTACH COPY OF THE LATEST SEC 20F FILING OR ANY OTHER FILING MADE TO A USA REGULATOR*

**(ii) SE LA SOCIETÀ PROPONENTE O LE CONTROLLATE HANNO EMESSO AZIONI, QUOTE OD OBBLIGAZIONI IN USA/CANADA IN FORMA DI ADRs PRECISARE:**

*IF ANY STOCKS OR SHARES ARE TRADED IN THE FORM OF ADR'S, PLEASE ADVISE:*

**(A) SE I TITOLI SONO SPONSORIZZATI O MENO**  
*WHETHER THEY ARE SPONSORED OR UN-SPONSORED*

**(B) LA PERCENTUALE DI ADRs SULLA CAPITALIZZAZIONE TOTALE DELLA PROPONENTE O DELLA CONTROLLATA**

THE PERCENTAGE OF ADRs ON TOTAL MARKET CAPITALISATION OF THE COMPANY OR  
SUBSIDIARY

5

**COPERTURA RICHIESTA**  
**COVERAGE REQUIRED**

**A. MASSIMALI RICHIESTE PER SINISTRO E PERIODO:**  
**LIMITS OF INSURANCE REQUIRED PER LOSS AND PER PERIOD**

EURO	2.500.000,00
EURO	5.000.000,00
EURO	7.500.000,00
ALTRE : EURO	.....

**B. RETROATTIVITA'**  
**RETROACTIVE DATE**

01/01/2024

6

**ALLEGATI AL QUESTIONARIO**  
**ATTACHMENTS TO THE QUESTIONNAIRE**

**A. SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DELL'ULTIMO BILANCIO REDATTO**  
**PLEASE ATTACH A COPY OF MOST RECENT BALANCE SHEET**

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 possono essere parti integranti della polizza.

**LA PROPONENTE**

**TIMBRO**

**FIRMA**

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)

DATA \_\_\_\_\_