

**Polizza di Assicurazione della  
Responsabilità Civile degli  
Amministratori,  
della Società, del Datore di Lavoro e  
per le Frodi Aziendali**

**QUESTIONARIO RINNOVO**



## **RENEWAL PROPOSAL FORM**

### **AVVISO IMPORTANTE**

La presente proposta deve essere compilata a penna da un dirigente e/o amministratore della Società contraente per conto di essa e di tutte le sue controllate e persone assicurate. È necessario rispondere a tutte le domande per consentire di formulare una quotazione. Si richiede di rispondere con piena conoscenza e convinzione. La presente Proposta deve essere sottoscritta e datata.

Tutti i fatti importanti devono essere dichiarati in quanto il mancato adempimento di tale obbligo può rendere invalidabile la polizza o certificato, o può gravemente pregiudicare i Vostri diritti in caso di sinistro. Per "fatto importante" si intende un fatto che verosimilmente può influenzare l'accettazione o la valutazione della proposta da parte degli Assicuratori. Se siete in dubbio su cosa può considerarsi "fatto importante", Vi preghiamo di consultare il Vostro Broker.

Nel caso in cui il Cliente e/o i Contraenti/Assicurati siano soggetti a restrizioni internazionali e/o abbiano l'azionista di riferimento estero, per poter ricevere conferma di copertura assicurativa e ricevere il documento comprovante l'assicurazione, sarà necessaria una verifica da parte dell'Assicuratore leader del programma. Tale verifica verrà effettuata dall'Assicuratore entro 48 ore dall'invio da parte di Aon dell'ordine fermo provvisorio di copertura.

Il decreto legislativo n. 209/2006 (Codice delle Assicurazioni) e il Regolamento IVASS n. 40/2018 obbligano gli intermediari assicurativi a proporre esclusivamente contratti adeguati alle esigenze dei clienti. La violazione di detto obbligo comporta la responsabilità dell'intermediario e lo assoggetta alle sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari previste dall'ordinamento.

Ciò rende indispensabile una preventiva assunzione di informazioni dal cliente, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

Qualora il contraente rifiuti di fornire le informazioni richieste, la valutazione dell'adeguatezza del contratto, rispetto alle esigenze assicurative dello stesso, potrebbe essere pregiudicata e il contraente dovrà rilasciare una dichiarazione attestante il rifiuto stesso.

## SEZIONE A)

### D&O a Copertura della Persona Fisica

1. Ragione Sociale: <b><i>Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione s.r.l. - ISMETT</i></b>		
2. Codice Fiscale e Partita Iva: <b><i>04544550827</i></b>		
3. Indirizzo della Sede Legale Principale (Indirizzo, Comune, CAP, Stato): <b><i>Via Discesa dei Giudici n.4 – 90133 – Palermo (PA)</i></b>		
4. PEC: <b><i><a href="mailto:dq.ismett@postecert.it">dq.ismett@postecert.it</a></i></b>		
5. Nell'ultimo anno è cambiato l'azionista di maggioranza? Se sì, indicare la ragione sociale e il paese dove risiede tale azionista:	<b>SI</b>	<b>NOX</b>
6. Indicare eventuali azionisti che detengano più del 50% delle azioni della società. Nel caso di società estera indicare anche il Paese dove risiede tale azionista.	<b>ARNAS CIVICO, Palermo</b>	
7. La Società ha intenzione di essere fusa o acquisita cambiando controllo nei prossimi 6 mesi?	<b>SI</b>	<b>NOX</b>
8. Indicare se la Società o una delle sue controllate è quotata su alcun mercato regolamentato o ha intenzione di quotarsi nei prossimi 12 mesi. Se sì, in quale mercato:	<b>SI</b>	<b>NOX</b>
9. Se Sì, si desidera attivare la garanzia Entity coverage for securities claims (Garanzia per la Società in relazione a Richieste di risarcimento relative a valori mobiliari)?	<b>SI</b>	<b>NOX</b>
10. <i>La Società Contraente e/o le sue società controllate e/o partecipate hanno connessioni commerciali con Paesi/territori oggetto di misure restrittive generali*</i> , oppure in <i>Ucraina e/o Bielorussia (es. società controllate e/o partecipate, beni/servizi destinati al mercato, fatturato realizzato)?</i>  <i>*Paesi oggetto di misure restrittive generali: Iran, Siria, Cuba, Corea del Nord, Russia, Crimea e Sebastopoli, Donetsk, Luhansk.</i>  La Società Contraente e/o le sue società controllate e/o partecipate hanno connessioni commerciali con Paesi/territori oggetto di misure restrittive mirate** (es. società controllate e/o partecipate, beni/servizi destinati al mercato, fatturato realizzato)?  <i>**Paesi oggetto di misure restrittive mirate: Afghanistan, Mali, Bielorussia, Repubblica di Moldova, Myanmar, Nicaragua, Repubblica Africana Centrale, Ucraina, Repubblica Democratica del Congo, Sudan del Sud, Sudan del Nord, Egitto, Somalia, Eritrea, Repubblica di Guinea, Venezuela, Guinea-Bissau, Yemen, Iraq, Zimbabwe, Libia</i>	<b>SI</b>	<b>NOX</b> <b>1. in quanto struttura di cura non intratteniamo connessioni commerciali con Paesi/territori.</b> <b>2. è stato curato un solo paziente residente in Russia nel 2024 ma la missione ed i costi sono stati sopportati</b>

<p><u>Se sì, si prega di compilare la documentazione aggiuntiva</u></p>		<p>da un'associazione belga (nei confronti dei quali è stata emessa la fattura), non direttamente dal paziente.</p>	
<p>11. Indicare se nell'ultimo anno la Società è stata ammessa in una qualsiasi procedura concorsuale e/o di composizione assistita della crisi o ha presentato o ha intenzione di presentare domanda di ammissione a qualsiasi procedura concorsuale.</p>	<p>SI</p>	<p>NOX</p>	
<p>12. La società ha costituito o acquisito nuove società controllate nell'ultimo esercizio? Se sì, indicare i Paesi:</p>	<p>SI</p>	<p>NOX</p>	
<p>13. Nei paesi ove fosse necessario, la società desidera emissione di polizza locale?</p>	<p>SI</p>	<p>NOX</p>	
<p>14. Negli ultimi 12 mesi la contraente o una delle sue controllate ha rispettato i <i>Covenants</i> (parametri finanziari previsti dai contratti di finanziamento)? In caso di risposta negativa, si prega cortesemente di fornire ulteriori dettagli.</p>	<p>SIX</p>	<p>NO</p>	<p>N.A.</p>
<p>15. La Contraente e/o Società Controllate e/o Società Partecipate versa/versano in uno stato di crisi così come individuato dal Codice della Crisi d'Impresa art.2, c.1 lett. a del D. lgs. 14/2019?</p> <p>Se sì, hanno fatto istanza negli ultimi sei mesi all'OCRI per avviare un procedimento di composizione assistita della Crisi o sono in procinto di attivarla? N.A. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>SI</p>	<p>NOX</p>	
<p>16. Indicare se nel corso dell'ultimo periodo assicurativo è stato notificato un Sinistro o una Circostanza all'Assicuratore. Se sì, si prega di fornire ulteriori dettagli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve descrizione del fatto,</li> <li>- Indicazione degli importi economici della richiesta</li> <li>- Data in cui è arrivata la richiesta agli assicurati</li> <li>- Eventuale documentazione a supporto</li> </ul>	<p>SI</p>	<p>NOX</p>	
<p>17. La Società Cliente e/o le sue eventuali società controllate hanno registrato una perdita nell'ultimo esercizio chiuso superiore al 20% del Patrimonio Netto?</p>	<p>SI</p>	<p>NOX</p>	
<p>18. La proponente indica qui di seguito i dati economico/patrimoniali <u>consolidati</u> in EURO</p>			

	BILANCIO RELATIVO PERIODO 31/12/2023	BILANCIO RELATIVO PERIODO 31/12/2022
<b>TOTALE RICAVI</b>	127.257.766	123.135.646
<b>TOTALE ATTIVO</b>	63.319.338	67.203.487
<b>TOTALE PATRIMONIO NETTO</b>	12.708.071	12.797.264
<b>MARGINE OPERATIVO (RICAVI - COSTI)</b>	-79.448	-64.647
<b>Attivo Circolante</b>	46.059.202	46.514.498
<b>DEBITI FINANZIARI</b>	722.576	3.410.440
<b>UTILE/PERDITA</b>	16.528	22.729

## Sezione B)

### D&O Entity (Garanzia Opzionale)

<p>1. Qualora sia <b>Già ATTIVA</b> la suddetta sezione B, Indicare se nel corso dell'ultimo periodo assicurativo è stato notificato un Sinistro o una Circostanza all'Assicuratore</p> <p>Se sì, si prega di fornire ulteriori dettagli.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Breve descrizione del fatto,</li><li>Indicazione degli importi economici della richiesta</li><li>Data in cui è arrivata la richiesta agli assicurati</li><li>Eventuale documentazione a supporto</li></ul>	<b>SI</b>	<b>NO</b> <b>La Sezione B è già attiva e si vuole mantenere</b>
<p>2. Indicare se la società intende attivare per la <b>PRIMA VOLTA</b> la Sezione B di polizza.</p>	<b>SI</b>	<b>NOX</b>
<p>Se SI, indicare se la Società ha ricevuto richieste di risarcimento nei loro confronti negli ultimi cinque anni</p> <p>Se sì, si prega di fornire dettagli</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Breve descrizione del fatto,</li><li>Indicazione degli importi economici della richiesta</li><li>Data in cui è arrivata la richiesta agli assicurati</li><li>Eventuale documentazione a supporto</li></ul> <p><b>La posizione P-0920-20-52044 è stata classificata dallo stesso assicuratore come circostanza ed al 17/11/2023 non ci sono aggiornamenti da segnalare. Nel dettaglio: successivamente alla notifica di un ricorso ex art. 414 cpc, introdotto da una dipendente che ritiene di essersi ammalata a causa della mancata tutela del datore di lavoro (contenzioso di diritto del lavoro) la Direzione Sanitaria dell'Istituto riceve, in data 18/02/2020, un'email dal Responsabile della U.O.S. Controllo e Vigilanza ASP di Palermo (ASP6) con la quale venivano richieste informazioni circa il contenzioso di diritto del lavoro. In quella sede si apprendeva che la richiesta originava da un Procedimento Penale (il n. 13772/19 mod.44) contro ignoti, aperto e condotto dalla Procura di Palermo. Alla data in cui si scrive non si hanno aggiornamenti con riferimento al procedimento penale, mentre il contenzioso di diritto del lavoro si è chiuso con il rigetto delle pretese risarcitorie di controparte. Sono ormai decorsi i termini per appellare la sentenza, che può considerarsi, quindi, definitiva.</b></p>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

<p>Se SÌ, indicare se la Società è a conoscenza di fatti o circostanze negli ultimi cinque anni che potrebbero dare origine ad una richiesta di risarcimento nei confronti della Società indipendentemente che tali fatti o circostanze siano stati notificati ad Assicuratori di RC Amministratori</p> <p>Se sì, si prega di fornire dettagli</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve descrizione del fatto,</li> <li>• Indicazione degli importi economici della richiesta</li> <li>• Data in cui è arrivata la richiesta agli assicurati</li> <li>• Eventuale documentazione a supporto</li> </ul>	<b>SI</b>	<b>NOX</b>
--	-----------	------------

**Sezione C)**

**EPL - RC Datoriale – Employment Practice Liability (Garanzia Opzionale)**

**Non completata perché eventualmente oggetto di polizza separata, come da precedenti indicazioni di AON**

<p>1. Qualora sia <b>Già ATTIVA</b> la suddetta sezione C, indicare se nel corso dell'ultimo periodo assicurativo è stato notificato un Sinistro o una Circo stanza all'Assicuratore?</p> <p>Se sì, si prega di fornire ulteriori dettagli.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Breve descrizione del fatto,</i></li> <li>• <i>Indicazione degli importi economici della richiesta</i></li> <li>• <i>Data in cui è arrivata la richiesta agli assicurati</i></li> <li>• <i>Eventuale documentazione a supporto</i></li> </ul>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p>2. Indicare il numero totale dei Dipendenti / Dirigenti in forza negli ultimi due esercizi (compresi Dipendenti/Dirigenti di tutte le società controllate):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anno 202 ... _____</li> <li>• Anno 202 ... _____</li> </ul>		
<p>3. La Società contraente vuole acquistare per la <b>PRIMA VOLTA</b> la Garanzia C - Copertura EPL per la Persona Giuridica?</p>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<p>4. Indicare il numero totale dei Dipendenti / Dirigenti in forza negli ultimi due esercizi (compresi Dipendenti/Dirigenti di tutte le società controllate):</p> <p>Anno 202 ... _____</p> <p>Anno 202 ... _____</p>		

5. Indicare il numero attuale dei dipendenti/ dirigenti che prestano la propria attività a favore della Capogruppo e delle sue controllate per ogni paese (incluso il numero dei membri del CdA e Comitato Esecutivo).

Paese	Tempo pieno	Part-Time	A termine

6. In caso di licenziamento la Società Contraente richiede che il licenziamento sia rivisto da: Ufficio Risorse Umane/Ufficio Legale/Legali Esterni?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
7. Con riferimento alla Società Contraente e/o alle sue società controllate, c'è stata una riduzione di forza lavorativa, licenziamenti di massa, piani di incentivazione al licenziamento o qualche filiale o ufficio è stato chiuso durante gli ultimi 12 mesi?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
8. La Società Contraente e/o le sue società controllate hanno in programma di procedere nei prossimi 12 mesi con riduzione di forza lavorativa, licenziamenti di massa, piani di incentivazione al licenziamento o chiusura di qualche filiale o ufficio?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
9. La Società Contraente ha ceduto delle società negli ultimi tre anni?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
10. La Società Contraente ha in previsione qualsiasi operazione di acquisizione o fusione durante i prossimi 18 mesi?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
11. Negli ultimi 5 anni si è conclusa o è ancora in corso alcuna vertenza legale in senso sfavorevole alla Proponente o alle sue Controllate o agli Assicurati?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
12. La proponente, le sue Controllate o gli Assicurati hanno ricevuto negli ultimi 5 anni Richieste di risarcimento?	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### Sezione D)

#### Frodi Aziendali (Garanzia Opzionale)

39. La Società Contraente vuole acquistare la Garanzia D – Copertura per Frodi Aziendali?	<b>SIX</b>	<b>NO</b>
40. Indicare se la Società Contraente ha sostenuto perdite (coperte da una polizza "Commercial Crime" per la quale questa sezione viene sottoscritta) negli ultimi cinque (5) anni  Se sì, fornire i dettagli:	<b>SI</b>	<b>NOX</b>

<p>41. La Società Contraente, le sue controllate o le persone assicurate, sono a conoscenza di fatti, accadimenti, atti, eventi o circostanze da cui possono derivare perdite?</p> <p>Se si, fornire i dettagli:</p>	<b>SI</b>	<b>NOX</b>

#### DICHIARAZIONE

Il sottoscritto, in qualità di Dirigente o Amministratore della Società della presente Proposta, dichiara quanto segue:

di essere autorizzato a compilare la presente proposta per conto della Società di cui al punto 1 della presente proposta e di tutte le Società Controllate ivi indicate; e che tutte le risposte alle domande contenute nella presente proposta, DOPO ACCURATA INDAGINE, sono veritiere e corrette, al meglio delle mie conoscenze e convinzioni e di aver letto e compreso le note informative riportate all'inizio della proposta; e di aver compreso che la sottomissione della presente proposta non obbliga a stipulare un contratto di assicurazione né gli Assicuratori, né la Società di cui al punto 1, né alcuna delle Società Controllate ivi indicate;

In ogni caso, se tra la data della proposta e la data di emissione della polizza intervengono variazioni rispetto alle informazioni contenute nel questionario, è fatto carico alla proponente l'obbligo di immediata notifica delle variazioni medesime e i sottoscrittori potranno ritirare e/o modificare il preventivo e/o conferma di copertura.

E' importante che la Società, tutte le Società Controllate ed il Dirigente o Amministratore autorizzato a sottoscrivere per loro conto la Dichiarazione sopra indicata siano pienamente consapevoli della finalità della presente assicurazione, di modo che si risponda correttamente alle domande. Se in dubbio, Vi preghiamo di contattare il Vostro Broker poiché l'eventuale mancata dichiarazione di fatti può influire sui diritti dell'assicurato riconosciuti ai sensi della presente assicurazione o causarne l'annullamento.

Società  
Istituto Mediterraero per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT) S.r.l.

Firma e Qualifica  
*Giuseppe Alongi*  
Direttore Amministrazione e Finanza

Data  
25/11/2024