

R.C. DEGLI AMMINISTRATORI | DIRECTORS' AND OFFICERS' INDEMNITY

QUESTIONARIO | PROPOSAL FORM

AVVISO IMPORTANTE | IMPORTANT NOTICE

La quotazione è subordinata all'esame di questo Questionario compilato, datato e firmato da una persona autorizzata e di ogni altra informazione o documentazione che i Sottoscrittori ritengano necessaria ai fini della corretta valutazione del rischio. È di fondamentale importanza che la Società Principale, tutte le sue Controllate qui indicate ed il dichiarante siano a conoscenza dell'oggetto di questa assicurazione in modo che alle domande qui contenute possa essere data la corretta risposta. In caso di dubbio si prega di contattare il broker poiché ogni informazione errata o inesatta potrebbe compromettere gli eventuali indennizzi o causare l'annullamento della polizza stessa. | The quotation is subject to perusal of a fully completed Proposal Form, dated and signed by an authorized person, and of any further documentation or information Underwriters deem necessary for a correct assessment of the risk. It is fundamental that the Parent Company, all its Subsidiaries, and the undersigned are aware of the subject of this insurance so that correct answers can be given to the questions asked. In the event of any doubt please contact the local broker since any erroneous or inaccurate information could prejudice any indemnification or could lead to cancellation of the policy.

1. DATI SULLA SOCIETÀ PRINCIPALE | INFORMATION ON THE PARENT COMPANY

- 1.1 Ragione sociale: | Company name: Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione S.p.A.
 1.2 Sede legale: | Address: Via Padre Leonardo Bello 3/C Motta di Livenza (TV)
 1.3 Codice fiscale: | Fiscal code: 03809980265
 1.4 Partita IVA: | VAT Number: 03809980265
 1.5 Anno di costituzione: | Year of incorporation: 2003
 1.6 Numero di dipendenti: | Number of employees: 300
 1.7 Numero di azionisti/soci: | Number of shareholders: 2

- 1.8 Azionisti/soci che possiedono più del 15% del capitale sociale: | Shareholders holding more than 15% of capital:

Azionista Shareholder	% del capitale % of the capital
AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA	98,19%
COMUNE DI MOTTA DI LIVENZA	1,81%
	%

- 1.9 La Società Principale e/o una sua Controllata sono quotate in borsa? | Are the Parent Company and/or any of its Subsidiaries listed in any stock exchange?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

- 1.10 La società svolge la propria attività in uno dei seguenti settori: aviazione, estrazione di petrolio/gas, prodotti farmaceutici, tabacco, servizi pubblici (elettricità, gas, acqua), calcio? | Is the Company carrying out its activity in one of the following fields: aviation, oil/gas extraction, pharmaceuticals, tobacco, utilities (electricity, gas, water?), football?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

L'attività della Società è autorizzata e regolata da uno dei seguenti enti: CONSOB, Banca d'Italia, IVASS, Ufficio Italiano Cambi? | Is the Company approved and regulated by any of the following authorities: CONSOB, Banca d'Italia, IVASS, Ufficio Italiano Cambi?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

Si descriva il settore di attività (es. Editoria, IT, Media, etc): | Please describe the business sector (eg. Publishing, IT, Media, etc):

SANITÀ

2. DATI FINANZIARI DELLA SOCIETÀ PRINCIPALE | PARENT COMPANY'S FINANCIAL INFORMATION

2.1 Si riportino gli importi desunti dagli ultimi 2 Bilanci approvati: | Please indicate the amounts taken from the past 2 years of accounts:

	Anno 2018 Year 2018	Anno 2019 Year 2019
Totale Attività Total Assets	€ 25.266.040	€ 24.632.341
Totale Passività Total Liabilities	€ 13.304.090	€ 11.185.050
Patrimonio Netto Net Worth	€ 11.961.950	€ 13.447.291
Valore della Produzione Total Sales	€ 38.756.203	€ 35.931.736
Costi della Produzione Total Costs	€ 38.106.722	€ 35.611.961
Risultato Netto Net Result	€ 341.257	€ 143.201

2.2 I dati di cui al punto 2.1 sono ricavati dal Bilancio consolidato? | Are the amounts stated at point 2.1 taken from a consolidated set of accounts?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

Nota: Si prega di allegare copia dell'ultimo Bilancio approvato qualora la società abbia riportato una perdita e/o quando il totale dell'attivo superi Euro 20 milioni. | Note: If the assets exceed EUR 20 million and/or the economic result is negative please attach copy of the latest set of accounts.

3. SOCIETÀ CONTROLLATE E COLLEGATE | SUBSIDIARIES AND OUTSIDE COMPANIES

3.1 Si indichino le Società Controllate e collegate: | Please indicate all Subsidiaries and outside Companies:

Ragione sociale Company name	Partecipazione Shareholding	Attivo Assets	Patrimonio Net Worth	Ricavi Turnover	Risultato Netto Net Result
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€
	%	€	€	€	€

Note: Si considera Controllata la società partecipata dalla Società Principale per più del 50%. Si prega di precisare se taluna delle società sopra elencate deve essere considerata Controllata perché la Società Principale ne controlla i diritti di voto o la maggioranza del CdA. | Notes: A Subsidiary is any company in which the Parent Company holds more than 50% of the share capital. Please state if any of the companies listed above is to be considered a Subsidiary because the Parent Company is in control of the voting rights or the majority of the Board members.

3.2 Si indichino quali Società collegate si desidera inserire in copertura: | Please indicate which outside Companies are required to be covered under the policy:

4. CIRCOSTANZE E COPERTURE PRECEDENTI | PREVIOUS CIRCUMSTANCES AND COVERS

4.1 La Società Principale è mai stata assicurata prima d'ora? | Has the Parent Company ever been insured?

☒ Sì | Yes ☐ No | No

Se sì, si prega di indicare: | If Yes, please indicate:

Compagnia: | Insurance company: LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.

Data di scadenza: | Date of expiry: 30/06/2021

Massimale: | Limits of Indemnity: € 3.500.000,00

Premio: | Premium: € 3.538,00 (ANNUALE)

4.2 Alla Società Principale è mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? | Has the Parent Company ever been refused insurance similar to that now being requested?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

4.3 Vi sono state richieste di risarcimento a carico di una delle persone da assicurare che avrebbero costituito sinistro risarcibile se un'assicurazione simile a questa fosse stata stipulata? | Has any claim which would have fallen within the scope of an insurance similar to that now proposed, ever been made against any person(s) proposed for insurance?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

4.4 La Società Principale o una sua Controllata sono a conoscenza di circostanze che potrebbero dare luogo ad un sinistro risarcibile ai termini di questa polizza? | Are the Parent Company or any of its Subsidiaries aware of any circumstances which may give rise to a claim under this policy?

☐ Sì | Yes ☒ No | No

Nota: in caso di risposta affermativa ad una delle domande 4.2, 4.3 o 4.4 fornire un allegato riportante maggiori dettagli. | Note: If answered Yes to any of questions 4.2, 4.3, 4.4 above, please attach details.

5. COPERTURA RICHIESTA | COVER REQUIRED

5.1 Massimale: | Limit of Indemnity:

☐ € 500.000

☐ € 1.000.000

☐

€ 1.500.000

☐ € 2.000.000

☐ € 2.500.000

☒ € 3.000.000

☐

€ 5.000.000

☐ € _____

Nota: Il Massimale è un limite in aggregato a valere per l'insieme di tutti i Reclami notificati nel corso dell'intero Periodo di Assicurazione | Note: the Limit of Indemnity is an aggregate limit for all Claims notified during the entire Period of Insurance.

6. DICHIARAZIONI | DECLARATIONS

Il sottoscritto, ricoprendo la carica sotto indicata nella Società Principale di cui al punto 1.1 di questo modulo, dichiara: | The undersigned, holding the office stated below in the Parent Company shown at point 1.1 of this form, hereby declares:

- 6.1 di essere autorizzato a compilare questo Questionario per conto della Società Principale, delle Controllate e delle persone da assicurare; | to be authorized to fill in this Proposal Form on behalf of the Parent Company, its Subsidiaries and the persons to be insured;
- 6.2 che tutte le risposte qui fornite dopo attenta verifica sono veritiere e corrette per quanto a propria conoscenza e secondo le proprie convinzioni; | that the statements provided herein after careful investigation are true to the best of his/her knowledge and belief;
- 6.3 di aver letto e compreso l'avviso che introduce questo Questionario; | to have read and understood the introductory notice to this Proposal Form;
- 6.4 di prendere atto che la firma su questo Questionario non vincola né i Sottoscrittori né la Società Principale né alcuna delle Controllate alla stipula del contratto di assicurazione. | that signing this Proposal Form does not bind the Underwriters or the Parent Company or any of its Subsidiaries to complete the insurance.

Il sottoscritto prende inoltre atto che se l'assicurazione sarà stipulata: | The undersigned have also duly noted that, if this insurance is completed:

- 6.5 questo Questionario e i suoi eventuali allegati verranno annessi alla polizza per fare parte integrante della stessa; | this Proposal Form and any attachments thereto will be appended to the Policy to be an integral part thereof;
- 6.6 l'assicurazione sarà prestata nella forma "claims made", ossia a coprire i Reclami fatti per la prima volta contro la Persona Assicurata durante il Periodo di Assicurazione e che siano denunciati all'Assicuratore durante lo stesso periodo, in relazione ad Atti Illeciti commessi non prima della data di retroattività convenuta. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessano gli obblighi dell'Assicuratore e nessuna denuncia potrà essere accolta. | insurance will be granted on a "claims made" basis, that is to say that it will cover Claims first made against any Insured Person and duly notified to Underwriters during the Period of Insurance provided such Claims arise from Wrongful Acts committed not prior to the retroactive date to be agreed. On termination of the Period of Insurance, all obligations of Underwriters will terminate and no notice of claim will be accepted.

Nome e Cognome: | Printed name:

FRANCESCO RIZZARDO

Carica ricoperta: | Office held:

AMMINISTRATORE DELEGATO

Data: | Date:

29/03/2021

Firma: | Signature:

Il presente Questionario è relativo ad una polizza di responsabilità nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima alle Persone Assicurate durante il periodo di validità della polizza e gli eventi dei quali le Persone Assicurate vengano a conoscenza durante il periodo di validità della polizza e che potrebbero originare un Reclamo futuro, a condizione che l'Assicuratore sia informato, durante il periodo di validità della polizza, delle Circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, nessun Reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato il Reclamo stesso si sia verificato durante il periodo di validità della polizza. | This Proposal Form is in respect of a "claims made" third party liability policy. This means that the policy covers claims first made to the Insured during the period of insurance and circumstances of which the Insured first becomes aware during the period of insurance and which could give rise to a claim hereunder, provided that the Underwriters are notified of such circumstances during the period of insurance. The policy does not cover claims made after the expiry of the period of insurance, even if the events giving rise to the claim occurred during the period of insurance.

Agli effetti dell'Art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara: | For the purposes of Art. 1341 of the Italian Civil Code, the undersigned hereby declares that:

- di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma "claims made" così come sopra specificato; | he/she is aware that this is an insurance contract in the form of "claims made";
- di approvare specificatamente tutte le disposizioni contenute in calce al testo di polizza applicabile. | he/she specifically approves all the provisions of the articles contained at the bottom of the relevant policy wording.

Data: | Date:

29/03/2021

Firma: | Signature: