

QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER AMMINISTRATORI, SINDACI E DIRIGENTI  
***DIRECTORS AND OFFICER'S LIABILITY INSURANCE QUESTIONNAIRE***

**1) SOCIETA' PROPONENTE:**

*INFORMATION CONCERNING THE COMPANY:*

**A) RAGIONE SOCIALE** S.A.P.NA Sistema Ambiente Provincia di Napoli SpA  
*COMPANY NAME*

**SEDE LEGALE** Piazza Matteotti 1 Palazzo della Provincia – 80133 NAPOLI  
*ADDRESS*

**INDIRIZZO INTERNET** WWW.sapnapoli.it  
*INTERNET ADDRESS*

**CAPITALE SOCIALE** € 3.000.000 i.v.  
*COMPANY'S CAPITAL*

**NOMINALE**  
*REGISTERED*

**VERSATO**  
*PAID UP*

**B) LA SOCIETA' PROPONENTE HA CAMBIATO RAGIONE SOCIALE** **SI/YES**  
**NEGLI ULTIMI 5 ANNI?**

*HAS THE COMPANY CHANGED NAME DURING THE PAST 5 YEARS?*

**SE SÌ, INDICARE LA  
PRECEDENTE  
DENOMINAZIONE**

*IF YES, SPECIFY PRIOR NAME* \_\_\_\_\_

**C) DATA DI FONDAZIONE DATE FOUNDED** 31.12.2009

**D) ATTIVITA' NATURE OF BUSINESS** SERVIZI PUBBLICI SETTORE AMBIENTE

E) **LA SOCIETA' PROPONENTE O LE CONTROLLATE SVOLGONO ATTIVITA' ALL'ESTERO?** SI/YES ~~NO~~  
*DOES THE COMPANY - OR ITS SUBSIDIARIES OPERATE ABROAD?*

**SE SÌ, 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)?**  
*IN PARTICULAR, ARE THERE SUBSIDIARY COMPANIES IN THE FOLLOWING COUNTRIES (IN WHICH LOCAL POLICIES WILL BE NECESSARY TO BE ISSUED)?*

- BRASIL
  - INDIA
  - CHINA
  - RUSSIA
  - JAPAN
  - ARGENTINA
  - SWITZERLAND
- } NO

F) **LA SOCIETA' PROPONENTE O SUA CONTROLLATA E' QUOTATA IN BORSA?** SI/YES ~~NO~~  
*IS THE COMPANY - OR A SUBSIDIARY - LISTED ON A STOCK EXCHANGE?*

**SE SÌ, DOVE E DA QUANDO?**  
*IF YES, WHERE AND SINCE WHEN?*  
\_\_\_\_\_

G) **LA SOCIETA' PROPONENTE O UNA SUA CONTROLLATA HA EMESSO OBBLIGAZIONI?** SI/YES ~~NO~~  
*HAS THE COMPANY - OR ANY OF ITS SUBSIDIARY - ISSUED BONDS?*

**SE SÌ, 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.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

H) LA SOCIETA' PROPONENTE O UNA SUA CONTROLLATA DISPONE DI FONDI DI INVESTIMENTO ESTERI O HA COSTITUITO SOCIETA' OFF SHORE O HA COSTITUITO Svp/SPEs?

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

SI/YES

~~NO~~

SE SÌ, FORNIRE DETTAGLI

IF YES, PLEASE PROVIDE

DETAILS \_\_\_\_\_

I) LA SOCIETA' PROPONENTE FA PARTE DI UN GRUPPO?

DOES THE COMPANY FORM PART OF A GROUP OF COMPANIES?

SI/YES

~~NO~~

SE SÌ, INDICARE IL

NOME DEL GRUPPO

IF YES, SPECIFY THE GROUP \_\_\_\_\_

J) LA SOCIETA' PROPONENTE CONTROLLA ALTRE SOCIETA'?

DOES THE APPLICANT CONTROL OTHER COMPANIES?

SI/YES

NO

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

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

K) LA SOCIETA' PROPONENTE HA ACQUISITO O ASSORBITO ALTRE SOCIETA' NEGLI ULTIMI 2 ANNI? HAS THE COMPANY MADE ACQUISITIONS OR MERGERS IN THE PAST 2 YEARS?

SI/YES

~~NO~~

SONO PREVISTE OPERAZIONI DI QUESTO TIPO NEI PROSSIMI 12 MESI?

ARE THERE ANY MERGER AND ACQUISITION PLANS WITHIN THE NEXT 12 MONTHS?

SI/YES

~~NO~~

SE SÌ, FORNIRE DETTAGLI

IF YES, PLEASE PROVIDE

DETAILS \_\_\_\_\_

H) 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/YES

~~NO~~

SE SÌ, FORNIRE DETTAGLI

IF YES, PLEASE PROVIDE

DETAILS \_\_\_\_\_

**2) DATI SUGLIAZIONISTI/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*

<b>NOME</b> <i>NAME</i>	<b>PERCENTUALE</b> <i>PERCENTAGE</i>
<u>Città Metropolitana di Napoli</u>	<u>100%</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**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/YES**
- ~~NO~~
- SE SÌ, SPECIFICARE COMPAGNIA, MASSIMALE E SCADENZA** |  
*IF YES, SPECIFY INSURER, LIMIT AND EXPIRY DATE*

\_\_\_\_\_

**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/YES  NO

**SE SÌ**  
**SPECIFICARE**  
*: IF YES,*  
*SPECIFY*

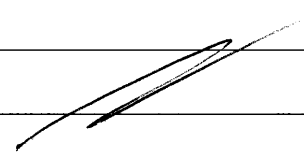
---

**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)*

---



**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/YES  NO

**SE SÌ, FORNITE DETTAGLI:**  
*IF YES, PROVIDE DETAILS*

---



**E) GLI ASSICURATI (AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI O DIRETTORI GENERALI) SONO A CONOSCENZA DI ATTI, FATTI O CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO GENERARE UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO?**

SI/YES  NO


**SE SÌ FORNITE DETTAGLI:**  
*IF YES, PROVIDE DETAILS*

---

F) **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?*

\_\_\_\_\_ 

G) **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*

\_\_\_\_\_ 

**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/YES  NO

**SE SÌ, 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*

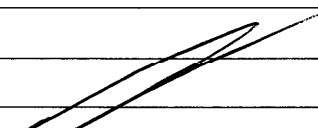
\_\_\_\_\_ 

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/YES ~~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/YES ~~NO~~

**SE SÌ, 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 RICHIESTI PER SINISTRO E PERIODO:**  
*LIMITS OF INSURANCE REQUIRED PER CLAIM AND PER PERIOD*

€ 2.500.000,00
€ 5.000.000,00
€ 7.500.000,00
€ 10.000.000,00
€ _____ (other)

**B) RETROATTIVITA'**  
*RETROACTIVE DATE*

**6) COVID-19**

- a). L'assicurato ha implementato un piano di continuità aziendale durante la crisi sanitaria COVID19 in ottemperanza alle direttive nazionali?  
 Pregasi fornire dettagli sulle modalità di gestione dell'emergenza. *L'AZIENDA E I SUOI DIPENDENTI SI ATTEGGIANO ALLE PROCEDURE DI SICUREZZA SANITARIA PREDISPOSTE ALLO SCOPO IN ACCORDO COL MEDICO COMPETENTE - RSPP - RLS -*
- b). L'assicurato ha eseguito valutazioni di impatto dell'emergenza C-19 sui ricavi attesi annuali per il 2020?  
 Pregasi fornire dettagli sul risultato di tali valutazioni e conseguente impatto sulla liquidità di breve periodo.....
- c). L'assicurato è adeguatamente preparato per garantire ai dipendenti il telelavoro (smart working)?  
 Pregasi fornire dettagli. *GIÀ DAL MARZO 2020 SI SONO ADOTTATE SOLUZIONI CHE UTILIZZANO LO SMART WORKING ANCHE PER L'INTERA AZIENDA UFFICI*
- d). L'assicurato ha ottemperato alle direttive di sicurezza e salute dei luoghi di lavoro ed alle misure di contenimento e contagio del C-19 per i propri dipendenti e dei propri clienti?  
*SI PREDISPONONO GLI OPPORTUNI PRESIDI PROTEZIONE, DISLOCAZIONI DELLE AREE DI LAVORO, ONARI DIFFERENZIATI, INFORMAZIONE COSTANTE, AUVIS*

**COVID-19**

*Did the insured implement a business continuity plan during the health crisis COVID-9 in compliance with national directives?*

*Please provide details on how to manage the emergency*

*b). Did the insured perform impact assessments of emergency Covid-19 on expected annual revenues for 2020?*

*Please provide details on the result of these assessments and consequent impact on short-term liquidity*

*c). Is the insured adequately prepared to guarantee teleworking (smart working) for employees?*

*Please provide details*

*d). Has the insured complied with the workplace health and safety directives and with the containment and contagion measures of the Covid-19 for its employees and customers?*

*Please provide details*



**ALLEGATI AL QUESTIONARIO**

*A TTACHMENTS TO THE QUESTIONNAIRE*

**A) SI PREGA DI ALLEGARE COPIA DELL'ULTIMO BILANCIO  
REDATTO**    **pregasi seguire il seguente indirizzo**

**<https://sapnapoli.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/bilanci/bilancio.html>**