



**UNIVERSITA DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA**  
**DIREZIONE LEGALE, AFFARI ISTITUZIONALI E GENERALI**  
**AREA LEGALE**

Prot. n. 1511 Allegato/i 2

Modena, 26/11/2011

Tit. X Cl. 3 Fasc. \_\_\_\_\_

Direttore Amministrativo

Presidi di Facoltà

Direttori di Dipartimento e strutture assimilate

**Società di Ricerca Aceti di Fermentazione S.r.l.**

Via Amendola, nr. 2  
42100 Reggio Emilia

c.a. Prof. Paolo Giudici  
Prof. Ugo Maria Pagnoni  
Dott.ssa Maria Gullo

**Holostem Terapie Avanzate S.r.l.**

Via Gottardi, nr. 100  
41125 Modena

c.a. Prof. Michele De Luca  
Prof.ssa Graziella Pellegrini

**Raw Power S.r.l.**

Via Pansa, nr. 47  
42100 Reggio Emilia

c.a. Dott. Alberto Bellini  
Dott. Claudio Bianchini  
Dott. Emilio Lorenzani

**Datariver S.r.l.**

Via Vignolese, nr. 905  
41125 Modena

c.a. Prof.ssa Sonia Bergamaschi  
Prof. Luigi Rovati  
Prof. Domenico Beneventano  
Dott. Mirko Orsini

**Rigenerand S.r.l.**

Via Statale, nr. 1262  
41036 Medolla (Mo)

c.a. Prof. Pier Franco Conte  
Dott. Massimo Dominici  
Prof. Paolo Paolucci

**Skin Squared S.r.l.**

Via Campi, nr. 187  
41125 Modena

c.a. Prof. Alberto Giannetti  
Dott. Massimo Pellegrini  
Prof.ssa Cristina Magnoni

**Empirica S.r.l.**

Viale Allegri, nr. 13  
42121 Reggio Emilia

c.a. Prof. Tommaso Minerva

**MORE Service S.r.l. a socio unico**

Via Allegri, nr. 13  
42100 Reggio Emilia

c.a. Dott.ssa Gabriella Brancolini  
Direzione Ricerca e Relazioni Internazionali / ILO  
(Industrial Liaison Office)

**Oggetto:** *Copertura assicurativa facoltativa della responsabilità civile dei soggetti societari partecipati dall'Ateneo - Copertura assicurativa facoltativa della responsabilità civile e della responsabilità amministrativa del dipendente universitario che svolge la funzione di Amministratore o di Dirigente nell'ambito di detti soggetti partecipati.*  
Modalità operative di attivazione (Nostro Codice Identificativo Pratica: A58310).

**A. COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEI SOGGETTI SOCIETARI PARTECIPATI DALL'ATENEO**

Facendo seguito alla nota prot. n. 22174 del 2/11/2010 (pubblicata all'indirizzo <http://www.direzionelegale.unimore.it/on-line/Home/Assicurazioni.html> alla voce "Note informative"), relativa a quanto in oggetto, si comunica che, ai fini della attivazione della copertura in parola, è necessario che il **soggetto societario** interessato provveda a:

1. **trasmettere alla Direzione Legale, Affari Istituzionali e Generali** (via fax al n. 059/2056515 o via mail all'indirizzo: [legale@unimore.it](mailto:legale@unimore.it)) la seguente documentazione:
  - **dichiarazione riportante denominazione e ragione sociale, nonché numero di partita IVA** (dati necessari per l'emissione/intestazione della Polizza);
  - **ultimo bilancio approvato o**, in caso di nuova costituzione, un **"business plan"**;
  - **questionario (allegato "A" alla presente)**, debitamente compilato e sottoscritto.

Sarà cura della scrivente Direzione attivarsi, tramite il Broker, presso la Compagnia Assicuratrice, la quale, valutata la documentazione sopra elencata, provvederà alla emissione della Polizza. La Polizza in originale perverrà, tramite il Broker, alla Direzione Legale, che invierà la medesima al soggetto intestatario;

2. **sottoscrivere la Polizza** (in originale);
3. **corrispondere il premio annuo (pari ad € 1.000,00)** tramite bonifico bancario intestato all'Ateneo presso Unicredit Banca – Sede di Modena – IBAN IT02Q0200812930/000000512773 – Causale: *"Denominazione della Società – A58310 / CoperturaResponsabilitàCivile"*.

Si sottolinea che il pagamento del premio dovrà essere effettuato soltanto al momento del ricevimento dell'estratto conto allegato alla Polizza in originale (e non al momento dell'invio della documentazione di cui al punto 1.);

4. **ritrasmettere alla Direzione Legale** (via fax al n. 059/2056515 o via mail all'indirizzo: legale@unimore.it) **un originale debitamente sottoscritto, nonché prova dell'avvenuto pagamento** del premio assicurativo. Sarà cura della scrivente Direzione trasmettere alla Compagnia Assicuratrice l'originale di Sua spettanza.

**B. COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE E DELLA RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA DEL DIPENDENTE UNIVERSITARIO CHE SVOLGE LA FUNZIONE DI AMMINISTRATORE O DI DIRIGENTE NELL'AMBITO DI SOGGETTI SOCIETARI PARTECIPATI DALL'ATENEO**

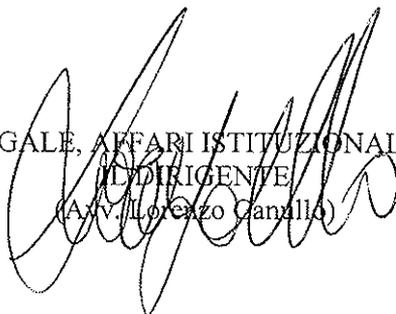
Per quanto attiene la copertura assicurativa facoltativa della responsabilità amministrativa innanzi alla Corte dei Conti del **singolo Amministratore/Dirigente**, ai fini della attivazione della copertura in parola, è necessario che il soggetto interessato provveda a:

1. **corrispondere il premio annuo (pari ad € 100,00)** tramite bonifico bancario intestato all'Ateneo presso Unicredit Banca – Sede di Modena – IBAN IT02Q0200812930/000000512773 – Causale: "*Cognome e Nome – A58310 / CoperturaResponsabilitàAmministrativa*".
2. **trasmettere alla Direzione Legale, Affari Istituzionali e Generali** (via fax al n. 059/2056515 o via mail all'indirizzo: legale@unimore.it), **l'apposito modulo (allegato "B" alla presente)**, debitamente compilato e sottoscritto, **allegando copia fotostatica fronte retro di un valido documento di identità, nonché prova dell'avvenuto pagamento** del premio assicurativo. Sarà cura della scrivente Direzione inviare, tramite il Broker, alla Compagnia Assicuratrice, la predetta documentazione.

Si sottolinea, infine, che **l'adesione alla copertura facoltativa in parola è possibile soltanto qualora la società partecipata dal singolo abbia aderito alla Polizza "base"** (di cui al punto A.) e che **tale garanzia, facendo capo al singolo assicurato, è operante anche quando questi ricopra la carica di Amministratore/Dirigente in più società assicurate con la Polizza "base"**, senza, quindi, bisogno di attivare singole coperture assicurative per ogni ulteriore partecipazione.

A disposizione per qualsiasi ulteriore informazione o chiarimento (Sig.ra Debora Fava - Tel. 059/2056652 – 059/2056490; Telefax 059/2056515; email: [legale@unimore.it](mailto:legale@unimore.it) - [debora.fava@unimore.it](mailto:debora.fava@unimore.it)), si porgono distinti saluti.

DIREZIONE LEGALE, AFFARI ISTITUZIONALI E GENERALI  
(IL DIRIGENTE)  
(Avv. Illo Enzo Canillo)



## ALLEGATO "A"

Direzione Legale, Affari Istituzionali e Generali  
Telefax 059 / 2056515  
legale@unimore.it

### **QUESTIONARIO D&O per Società che non appartengano al settore delle Istituzioni Finanziarie e senza titoli quotati in USA e/o Canada**

Istruzioni per la compilazione:

- compilare solo la presente pagina **se: viene allegato il bilancio**, la Società fattura meno di 200Mio, non ha Società controllate in Usa o Canada e non è quotata su un mercato mobiliare
- compilare la presente pagina e pag. 2, **se: non viene allegato il bilancio**, la Società fattura meno di 200Mio, non ha società controllate in Usa o Canada e non è quotata su un mercato mobiliare
- compilare tutte le pagine del questionario ed allegare il bilancio qualora la società fattura più di 200Mio o abbia Società controllate in Usa o Canada o sia quotata su un mercato mobiliare

- 
1. Ragione Sociale della Proponente: \_\_\_\_\_
  2. Sede Legale della Proponente: \_\_\_\_\_
  3. Data di fondazione della Proponente: \_\_\_\_\_
  4. Attività della Proponente: \_\_\_\_\_
  5. A) Vi sono azionisti/soci che possiedono oltre il 19,9% delle azioni/quote della Proponente?  Sì  No  
B) Tra gli azionisti/soci vi sono enti pubblici?  Sì  No  
C) Se la Proponente è controllata da altra società o da un gruppo, si prega di fornire il nome della holding principale e ubicazione della stessa  
\_\_\_\_\_
  6. La Proponente ha delle Società Controllate ubicate negli Stati Uniti d'America  Sì  No
  7. Sono mai state avanzate richieste di risarcimento contro gli Amministratori/Sindaci/Dirigenti della Proponente o delle Controllate nei 5 (cinque) anni passati, o sono essi a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero generare una richiesta di risarcimento nei loro confronti e oggetto della copertura?  Sì  No  
Se "Sì" si prega di fornire dettagli tramite allegato  
\_\_\_\_\_
  8. Si prega di fornire il numero di dipendenti impiegati presso la Proponente e le sue Società controllate:  
Totali \_\_\_\_\_  
Di cui in USA e Canada \_\_\_\_\_

Affermo in nome e per conto di tutti gli assicurati, dopo una ricerca accurata, che le dichiarazioni e i particolari forniti in questo questionario sono veritieri e nessun fatto o circostanza è sottaciuto o modificato. Concordo che questo questionario, e ogni allegato o informazione già fornita formerà parte integrante del contratto di assicurazione stipulato. Mi impegno ad informare l'Assicuratore di ogni variazione intercorsa rispetto alle informazioni, alle dichiarazioni o ai fatti contenuti nel presente questionario successivi alla data in cui è stato firmato e prima della data di decorrenza polizza.

Una variazione del rischio potrebbe influenzare l'accettazione o la valutazione dello stesso. Qualunque dichiarazione, scritta o fornita in allegato al presente questionario, è alla base della valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

Tutte le dichiarazioni rese nel presente questionario o ad esso allegate sono rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore ai sensi degli artt. 1892 e 1893 c.c.;

Si precisa che la copertura non opera in tutti paesi nei quali vige l'obbligo di stipulare una polizza locale.

**La firma del presente questionario non obbliga la Proponente a perfezionare il contratto di assicurazione.**

Firma .....

Nome e Titolo della persona autorizza a sottoscrivere in nome della proponente

.....  
Data .....

La Proponente (TIMBRO):

9. Si prega di fornire le informazioni finanziarie consolidate della Proponente

	ULTIMO ESERCIZIO 200.....	PENULTIMO ESERCIZIO 200.....
- Fatturato:	_____	_____
- Utile/Perdita:	_____	_____
- Totale attivo:	_____	_____
- Attivo circolante:	_____	_____
- Patrimonio Netto:	_____	_____
- Debiti a breve (entro 12 mesi)	_____	_____
10. Massimale richiesto:	€ 1.000.000,00	

Affermo in nome e per conto di tutti gli assicurati, dopo una ricerca accurata, che le dichiarazioni e i particolari forniti in questo questionario sono veritieri e nessun fatto o circostanza è sottaciuto o modificato. Concordo che questo questionario, e ogni allegato o informazione già fornita formerà parte integrante del contratto di assicurazione stipulato. Mi impegno ad informare l'Assicuratore di ogni variazione intercorsa rispetto alle informazioni, alle dichiarazioni o ai fatti contenuti nel presente questionario successivi alla data in cui è stato firmato e prima della data di decorrenza polizza.

Una variazione del rischio potrebbe influenzare l'accettazione o la valutazione dello stesso.

Qualunque dichiarazione, scritta o fornita in allegato al presente questionario, forma parte integrante ed è alla base della valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

**La firma del presente questionario non obbliga la proponente a perfezionare il contratto di assicurazione.**

Firma .....

---

11. Se la Proponente è una Società quotata indicare:

A. Dove \_\_\_\_\_

B. Capitalizzazione di mercato \_\_\_\_\_

C. Vi è stato un delisting o una sospensione titoli?  Sì  No

Se sì, indicare quando e perché

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. La Proponente ha acquistato o assorbito altre società negli ultimi due anni?  Sì  No

Se "Sì" si prega di fornire l'elenco e, per ciascuna, la data di acquisizione

SOCIETA'

DATA DI ACQUISIZIONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. La proponente ha in corso o in previsione di acquistare o assorbire altre società?  Sì  No

Se "Sì" si prega di fornire dettagli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. La proponente ha intenzione di effettuare una pubblica offerta di titoli in Italia o altrove nei prossimi dodici mesi?  Sì  No

Se "Sì" si prega di fornire dettagli

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. La proponente o una sua controllata ha emesso obbligazioni:  Sì  No

Se "Sì" si prega di fornire l'importo, la scadenza, le modalità di rimborso, il tasso annuo e un eventuale rating

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Gli Amministratori e/o Dirigenti possiedono direttamente o indirettamente azioni della Proponente?

Sì  No

Se "Sì" si prega di indicare la percentuale delle azioni possedute

\_\_\_\_\_

17. Vi sono stati cambiamenti degli amministratori, sindaci o dirigenti negli ultimi 18 mesi? In particolare modo per le figure CEO (direttore generale / amministratore delegato) e CFO (direttore finanziario)

Sì  No

Se "Sì" si prega di fornire dettagli

\_\_\_\_\_

18. La proponente o una sua società controllata dispongono di fondi di investimento esteri o hanno costituito società off shore o hanno costituito SPVs/SPEs

Sì     No

Se "Sì" si prega di fornire dettagli

\_\_\_\_\_

19. COPERTURA PER IL NORD AMERICA – Rispondere alla domanda 19 solo se si richiede la copertura per richieste di risarcimento avanzate nel territorio del Nord America, o per richieste di risarcimento avanzate in altri territori, ma relative a sedi o filiali situate in Nord America

- A. Si prega di indicare il totale dell'attivo di stato patrimoniale del gruppo in Nord America

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- B. Se una o più controllate situate in Nord America non sono detenute al 100%, si prega di fornire i nomi delle controllate e degli altri azionisti di minoranza

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Affermo in nome e per conto di tutti gli assicurati, dopo una ricerca accurata, che le dichiarazioni e i particolari forniti in questo questionario sono veritieri e nessun fatto o circostanza è sottaciuto o modificato. Concordo che questo questionario, e ogni allegato o informazione già fornita formerà parte integrante del contratto di assicurazione stipulato. Mi impegno ad informare l'Assicuratore di ogni variazione intercorsa rispetto alle informazioni, alle dichiarazioni o ai fatti contenuti nel presente questionario successivi alla data in cui è stato firmato e prima della data di decorrenza polizza.

Una variazione del rischio potrebbe influenzare l'accettazione o la valutazione dello stesso.

Qualunque dichiarazione, scritta o fornita in allegato al presente questionario, forma parte integrante ed è alla base della valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

**La firma del presente questionario non obbliga la proponente a perfezionare il contratto di assicurazione.**

Firma .....

**ALLEGATO "B"**

Direzione Legale, Affari Istituzionali e Generali  
Telefax 059 / 2056515  
legale@unimore.it

**COPERTURA ASSICURATIVA FACOLTATIVA DELLA RESPONSABILITÀ  
AMMINISTRATIVA INNANZI ALLA CORTE DEI CONTI DEL SINGOLO  
AMMINISTRATORE / DIRIGENTE**

**MODULO DI ADESIONE<sup>1</sup>**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di:

- Amministratore  
 Dirigente

nella/nelle Società<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

con il versamento, a titolo personale, del relativo **premio pro capite annuo pari ad € 100,00<sup>3</sup>**, di aderire alla copertura assicurativa della responsabilità amministrativa innanzi alla Corte dei Conti del singolo Amministratore/Dirigente.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

<sup>1</sup> ALLEGARE COPIA FOTOSTATICA FRONTE RETRO DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ

<sup>2</sup> NEL CASO DI CARICA PRESSO PIU SOCIETÀ, E' NECESSARIO INDICARE LA DENOMINAZIONE DI CIASCUNA SOCIETÀ NELLA QUALE VIENE RICOPERTA LA CARICA

<sup>3</sup> ALLEGARE COPIA DEL BONIFICO