

QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE PER AMMINISTRATORI, SINDACI E DIRIGENTI

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:

1.1. RAGIONE SOCIALE - SEDE LEGALE E INDIRIZZO INTERNET

COMPANY NAME/ ADDRESS AND INTERNET ADDRESS

HT SRL - VIA MASCOVA 13, 20121 MILANO www.hackingteam.it

1.2. CAPITALE SOCIALE

COMPANY'S CAPITAL

€ 223.572,00

1.3. 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

HACKING TEAM SRL

1.4. DATA DI FONDAZIONE

DATE FOUNDED

03/04/2003

1.5. ATTIVITA'

NATURE OF BUSINESS

SERVIZI, CONSULENZA e SVILUPPO SOFTWARE nell'ambito della SICUREZZA

1.6. 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

Vendita di SOFTWARE PROPRIETARIO in TUTTO il mondo

IF YES, SPECIFY ACTIVITY AND COUNTRIES:

- 1.7. 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?
IF YES, WHERE AND SINCE WHEN?

- 1.8. 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.

- 1.9. 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

- 1.10. 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

- 1.11. 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

1.12. 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

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

1.13. 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

2. DATI SUGLI AZIONISTI/SOCI
SHAREHOLDERS / PARTNERS INFORMATION

2.1. 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

VINCENZETTI DAVID

32,05%

BEDESCHI VALEPIANO

11%

FINLOMBARDA SGR

26,03%

INNOGEST SGR

26,03%

ALLEGARE ORGANIGRAMMA DEL GRUPPO
PLEASE ENCLOSE GROUP'S CHART

3. DATI SUGLI ASSICURANDI

INFORMATION ON THE PERSONS TO BE INSURED

3.1. 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

3.2. 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

3.3. 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)

non vi sono stati

3.4. ALLEGARE ELENCO DEGLI ASSICURANDI CON LA RELATIVA CARICA
PLEASE ENCLOSE LIST OF INSURED AND THEIR POSITION

• VEDERE ALLEGATO

3.5. LA PROPONENTE, UNA DELLE SUE CONTROLLATE E/O UNO O PIU' DEGLI AMMINISTRATORI, SINDACI O DIRETTORI GENERALI, SONO A CONOSCENZA DI FATTI PRESENTI O PASSATI CHE POTREBBERO ESSERE FONTE DELLA RESPONSABILITA' GARANTITA DALLA COPERTURA RICHIESTA?

IS THE APPLICANT, ANY SUBSIDIARIES, AND/OR ANY DIRECTOR OR OFFICER AWARE OF ANY CIRCUMSTANCE WHICH MAY GIVE RISE TO CLAIMS?

SI

NO



SE SI', SPECIFICARE:
IF YES, SPECIFY

- 3.6. 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

- 3.7. 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?

non vi sono

- 3.8. 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

SI, SOCI/AMMINISTRATORI : DAVID VINCENPETTI, BEDESCHI VALERIANO, LEVI EMANUELE.

4. COPERTURA USA/CANADA
USA/CANADA COVERAGE

- 4.1. 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

NOTA: è possibile
vengano svolte
in futuro attività
commerciali anche in USA e Canada.

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

- 4.2. 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

4.2.1. 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
US\$ _____

4.2.2. 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

4.2.3. LA SOCIETÀ PROPONENTE O LE CONTROLLATE HANNO EMESSE 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:

4.2.3.1. L'EMISSIONE È SOGGETTA A "SECURITIES ACT" DEL 1933 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

4.2.3.2. SE LA SOCIETÀ PROPONENTE O LE CONTROLLATE HANNO EMESSE 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:

4.2.3.2.1. SE I TITOLI SONO SPONSORIZZATI O MENO
WHETHER THEY ARE SPONSORED OR UN-SPONSORED

4.2.3.2.2. 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***5.1. MASSIMALI RICHIESTI PER SINISTRO E PERIODO:**
LIMITS OF INSURANCE REQUIRED PER LOSS AND PER PERIOD

€ 500.000,00
€ 1.000.000,00
€ 1.500.000,00
€ 2.000.000,00
€ 5.000.000,00
€ _____ (indicare)

5.2. RETROATTIVITA'
RETROACTIVE DATE

Dal _____

6. ALLEGATI AL QUESTIONARIO
*ATTACHMENTS TO THE QUESTIONNAIRE***6.1. 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 04/06/2010

**QUESTIONARIO DI ASSICURAZIONE
PER
AMMINISTRATORI, SINDACI E DIRIGENTI
DI SOCIETA' COLLEGATE/PARTECIPATE**

DA COMPILARSI SOLO SE VIENE RICHIESTA LA COPERTURA DI AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI, CHE SVOLGANO TALE FUNZIONE PER CONTO DELLA PROPONENTE O DI UNA SUA CONTROLLATA IN SOCIETA' COLLEGATA/PARTECIPATA (PARTECIPAZIONE INFERIORE AL 50% +1 AZIONE)
IS COVER REQUIRED FOR DIRECTORS & OFFICERS OF THE COMPANY OR OF ITS SUBSIDIARIES WHILST HOLDING POSITIONS ON BEHALF OF THEM IN ANY AFFILIATE COMPANY (LESS THAN 50% SHARE)

7. NOME DELLA SOCIETA' COLLEGATA/PARTECIPATA
COMPANY NAME

7.1. TIPO DI ATTIVITÀ DELLA SOCIETA' COLLEGATA/PARTECIPATA
ACTIVITY

7.2. ELENCO DEGLI AZIONISTI (SOLO SUPERIORI AL 5%) DELLA SOCIETA' COLLEGATA/PARTECIPATA E RISPETTIVA PERCENTUALE
SHAREHOLDERS (ONLY IF OVER 5%) OF THE COMPANY AND PERCENTAGE OF SHARE CAPITAL OWNED

7.3. INFORMAZIONI RELATIVE AL BILANCIO DELLA SOCIETA' COLLEGATA/PARTECIPATA
BALANCE SHEET DATA

Totale Attivo (total assets)	
Totale Passivo (total liabilities)	
Attivo Circolante (current assets)	
Totale Debiti (current liabilities)	
Patrimonio Netto(net worth)	
Utile Netto (net profit)	
Fatturato (total sales)	

7.4. NOME DELLA/E PERSONA/E E CARICA RICOPERTA
NAME OF DIRECTORS & OFFICERS AND POSITION HELD

7.5. SONO MAI STATE AVANZATE RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEI CONFRONTI DEGLI ASSICURATI NELLA LORO FUNZIONE DI AMMINISTRATORI, SINDACI, DIRIGENTI DELLA SOCIETA' COLLEGATA?

HAVE ANY CLAIMS BEEN MADE AGAINST ANY NATURAL PERSON WHO IS OR HAS BEEN IN THE PAST A DIRECTOR, OFFICER OR STATUTORY AUDITOR OF THE COMPANY?

SI

NO

SE SI', FORNIRE DETTAGLI
IF YES, SPECIFY

7.6. GLI ASSICURANDI O LA SOCIETÀ PROPONENTE SONO A CONOSCENZA DI CIRCOSTANZE CHE POTREBBERO DARE LUOGO A RICHIESTE DI RISARCIMENTO, AI SENSI DELLA PRESENTE POLIZZA?
IS THE APPLICANT AND/OR ANY DIRECTOR OR OFFICER AWARE OF ANY CIRCUMSTANCE WHICH MAY GIVE RISE TO CLAIMS?

SI

NO


SE SI', FORNIRE DETTAGLI
IF YES, SPECIFY

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

09/06/2010