

## ALLEGATO 4-QUESTIONARIO

**MODULO DI PROPOSTA PER L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE  
DELL'ISCRITTO AL "REGISTRO DEI TRUSTEE E DEI GUARDIANI PROFESSIONALI" O  
DEL TRUSTEE O GUARDIANO PROFESSIONALE SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE "IL TRUST IN ITALIA"**

Vi preghiamo di trasmettere le informazioni a:  
Professional Services Team di Aon SpA- fax n. 010.8989.296 - indirizzo email: [federica.beccuti@aon.it](mailto:federica.beccuti@aon.it)  
[francesca.cagliari@aon.it](mailto:francesca.cagliari@aon.it)

Il presente questionario è relativo alla stipulazione di una polizza "Claims Made", in base alla quale vengono coperte le richieste di risarcimento fatte per la prima volta contro l'Assicurato durante il periodo di assicurazione in corso e da lui denunciati durante lo stesso periodo, nei limiti e termini di polizza, in relazione a fatti successivi alla data di retroattività stabilita.

I Sottoscrittori non possono prendere in considerazione proposte incomplete, non datate, non firmate, e non munite degli allegati necessari. Si prega di rispondere in modo esauriente a ciascuna domanda (indicando N/A "non applicabile" ove necessario) e se lo spazio non fosse sufficiente si utilizzi il foglio bianco "INTEGRAZIONE ALLE DOMANDE" allegato 2. Le risposte alle domande del presente questionario, sono di primaria importanza, pertanto si raccomanda, al firmatario del presente modulo, di verificare le risposte date e di rivolgere particolare attenzione alle domande che richiedono un'attenta e completa analisi. Si prega pertanto di indicare qualsiasi fatto o circostanza che possa avere rilevanza ai fini della valutazione del rischio da parte degli assicuratori, in quanto, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative alle circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita totale o parziale all'indennizzo.

**1. DATI PERSONALI DEL PROPONENTE (professionista individuale, studio associato)**

Nome	Cognome	Attività Esercitata	
Cod.fiscale	N.ISCRIZIONE al Registro Trustee e Guardiani professionali o attestato iscrizione all'Associazione "Il trust in Italia"	Data iscrizione	
Denominazione (se studio associato o società)		Cod. fiscale/Partita IVA	
Indirizzo dell'Attività Professionale Via		Cap	Città
Email	Tel	Fax	

Professionisti Associati, in caso di studio associato o società, anche se appartenenti a altri ordini (in mancanza di spazio allegare elenco)

Cognome e nome	Ordine di appartenenza
1	
2	
3	
4	
5	

**2. STORIA ASSICURATIVA**

**2.1 Altre assicurazioni professionali attualmente in corso**

Compagnia	Polizza	Scadenza

**2.2 Precedenti Assicuratori**

Esiste o è esistita altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale dell'Assicurando o di taluno dei suoi associati? Se SI', si prega fornire dettagli qui di seguito		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Compagnia	Polizza	Data e motivo della cessazione	

**2.3 Retroattività**

Se è in corso altra polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale l'Assicurando manterrà la retroattività prevista nel contratto. In questo caso è necessario fornire copia dell'Assicurazione in scadenza

Se l'Assicurando non ha in corso una polizza per l'assicurazione della Responsabilità Civile Professionale ha diritto a 2 anni di retroattività- è possibile estendere la validità della copertura retroattivamente alla data di decorrenza della nuova polizza per:

3 anni <input type="checkbox"/>	4 anni <input type="checkbox"/>	5 anni <input type="checkbox"/>	Illimitata <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

**2.3.1. indicare massimale prescelto:**

500.000 • 1.000.000 • 1.500.000 • 2.000.000

**2.4 Sinistri precedenti**

Negli ultimi 5 anni l'Assicurando o taluno dei suoi Associati ha mai avuto sinistri per responsabilità civile professionale? Se SI', si prega fornire dettagli qui di seguito		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**2.5 Circostanze precedenti**

L'Assicurando o taluno dei suoi Associati è a conoscenza di fatti, situazioni o circostanze che abbiano causato o possano causare danni a terzi o loro richieste di risarcimento durante la decorrenza dell'assicurazione? Se SI', si prega fornire dettagli qui di seguito		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**3. ANALISI DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE**

**3.1 Fatturato degli ultimi tre esercizi**

€	€	€
---	---	---

**3.2 Consuntivo fatturato chiusura ultimo anno fiscale**

TRUSTEE (se mancanza di fatturato indicare € 0,00)	€
GUARDIANO (se mancanza di fatturato indicare € 0,00)	€

**3.3 Analisi dell'attività professionale**

		Beni materiali (i.e.immobili, barche,aerei) <b>-indicare in % su ammontare valore gestito</b>	titoli azionari / obbligazionari / strutturati / quote di SGR – fondi di investimento <b>-indicare in % su ammontare valore gestito</b>
<b>Numero posizioni Trustee per clienti privati</b>			
<b>Numero posizioni Guardiano per clienti privati</b>			

	<b>Valore totale</b>	<b>Valore medio</b>
<b>Beni gestiti</b>	€	€

**3.3.1.**

L'attività del trustee riguarda attività non liquide, debiti mutui o prestiti, rate obbligazioni titoli garantiti da ipoteca, titoli garantiti da attività,swap, debiti obbligazionari,strumenti derivati o titoli?

SI NO

In caso di risposta affermativa fornire dettagli : incluso i clienti, la natura degli investimenti, la natura dei servizi fiduciari e il fatturato coinvolto.

**4.Analisi Risk management**

Il proponente stipula/partecipa ad accordi scritti, condizioni di contratto scritte, lettere di mandato all'infuori delle usuali condizioni contrattuali, accordi, mandati o servizi normalmente applicati nell'attività'descritta al precedente punto 2?

SI / NO

Se SI, fornire dettagli e copie di tali accordi

.....  
 .....

Gli atti istitutivi del trust vengono sempre rogati presso un notaio?

SI / NO

Mantenete un libro/registro degli eventi del trust?

SI / NO

Incaricate degli specialisti per operazioni finanziarie?

SI / NO

con che regolarità informate i clienti sulle performance del trust?

Viene richiesta sempre la doppia firma per tutti gli assegni?

SI / NO

Se no pregasi di descrivere le eccezioni

.....  
 .....

Viene operata una segregazione dei compiti in riferimento a transazioni che coinvolgano trasferimenti di soldi conti o fondi?

SI / NO

Se no, descrivere diversa operatività

.....  
 .....

Per quanto riguarda i trasferimenti di fondi e gli ordini ricevuti via fax, email o telefono si utilizza una procedura di callback (persona diversa dalla persona che ha originato l'istruzione)

SI / NO

Se no, di descrivere le eccezioni e / o il metodo con cui si verifica l'identità della persona che ha originato l'istruzione

.....  
 .....

**LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE PROPOSTA NON VINCOLA IL PROPONENTE ALLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE****DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto, rappresentante legale/procuratore del Contraente, dichiara di aver ricevuto, letto e compreso il fascicolo informativo, contenente la nota informativa, comprensiva del glossario, le condizioni di assicurazione e il modulo di proposta della Polizza di Responsabilità Civile professionale

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

\_\_\_\_\_

Dichiara altresì di accettare il contenuto della Polizza di Responsabilità Civile professionale del Trustee/protector e nella sua totalità nel rivolgere agli Assicuratori la presente proposta.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

\_\_\_\_\_

Anche agli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il Contraente dichiara di non essere a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi in dipendenza dell'attività professionale propria e/o dei suoi sostituti, collaboratori o dipendenti con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla decorrenza della presente polizza e anche ove egli ne disconoscesse la riferibilità al comportamento proprio o dei suoi ausiliari. Si avverte il Contraente che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

IL CONTRAENTE/ASSICURATO

\_\_\_\_\_

La firma del presente questionario non impegna l'Assicurato alla stipulazione del contratto.

Data

Nome e funzione di chi firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO N°2 - NO CLAIMS DECLARATION**  
**(da compilare solo se necessario)**

La no claims declaration è una dichiarazione che il proponente/compilatore del questionario deve utilizzare nel caso trascorrono più di trenta giorni dalla data di compilazione del questionario alla data dell'ordine fermo, per rivitalizzare il questionario precedentemente compilato e poter ottenere la copertura.

Scaduto il termine di validità del questionario (30 giorni dalla data di compilazione), stampare su carta intestata la sottostante dichiarazione (in corsivo) e compilare tutti i campi liberi.

*Con la seguente NCD*

*si dichiara*

*che le informazioni contenute nel questionario datato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, non hanno subito alcuna modifica e che, dopo un'accurata indagine, non si è a conoscenza di nessun sinistro o circostanza tale da far presumere l'insorgenza di un sinistro o di una perdita in riferimento alla polizza stipulata.*

Data

\_\_\_\_\_

Nome e funzione di chi firma

\_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_