

Da:	A: Aon S.p.A. – Claims Division
-----	--

Data:

Oggetto: **Convenzione FABI – Denuncia Sinistro****ATTENZIONE**

La presente copertina fax ed i documenti sotto evidenziati come documenti da allegare, debitamente compilati e/o sottoscritti, devono essere inviati ad Aon S.p.A. con UNA delle seguenti modalità:

- @mail all'indirizzo: patrizia.piva@aon.it
- Telefono **+39 02 87232347 (Orario di ricevimento telefonico – dal lunedì al giovedì dalle ore 9,30 alle ore 12,30 e dalle ore 13,30 alle ore 17,00)**

Note

Documenti da allegare

- modulo di denuncia sinistro;
- documento Privacy;
- relazione;
- copia del modulo di adesione alla polizza-convenzione e del bonifico per il pagamento del relativo premio;
- dichiarazione rilasciata dalla spettabile FABI, su propria carta intestata, attestante la regolarità della Sua iscrizione;
- descrizione analitica circa la dinamica degli eventi e delle attività che potrebbero determinare la formale comunicazione di addebito di responsabilità da parte dell'Istituto di Credito;
- data e luogo dell'evento, colleghi o altre persone coinvolte nelle attività, nominativo del responsabile del Suo ufficio di appartenenza, nominativo del responsabile dell'ufficio del personale;
- dichiarazione dell'Istituto di Credito attestante la sottoscrizione o meno di coperture assicurative a favore dei propri dipendenti ai sensi dell'art. 5 l. 190/1985;
- copia della eventuale lettera di responsabilità inoltrata dal terzo danneggiato a X e delle relative repliche;
- copia di tutte le comunicazioni interne eventualmente a Lei trasmesse e delle relative repliche;
- nominativo delle persone, Sue responsabili per grado e qualifica, ai quali abbia fatto o debba fare riferimento per specifiche decisioni di merito in occasione dello svolgimento di attività della stessa tipologia di quella che ha determinato l'evento;
- copia delle specifiche procedure scritte interne per lo svolgimento di attività della stessa tipologia di quella che ha determinato.

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE FABI**

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

POLIZZA RC PROFESSIONALE VITTORIA ASSICURAZIONI

Si è in presenza di **Sinistro** nel caso in cui l'iscritto FABI:

- abbia ricevuto una **Richiesta di Risarcimento**, ossia
- qualsiasi citazione in giudizio o altre domande giudiziarie (dirette o riconvenzionali) proposte nei propri confronti;
- qualsiasi contestazione scritta che presupponga l'addebito di un atto illecito.

ATTENZIONE!!

LA GARANZIA ASSICURATIVA “OPERA UNICAMENTE ED IN CONFORMITÀ A QUANTO STABILITO E REGOLATO DAL C.C.N.L. IN VIGORE E RELATIVE LEGGI DI RIFERIMENTO E PERTANTO È VALIDA ESCLUSIVAMENTE PER I RISCHI NON A CARICODELL’ISTITUTO DI CREDITO OD ALTRI ENTI DI APPARTENENZA”, OSSIA PER I SOLI CASI DI COLPA GRAVE.

Gli iscritti FABI a cui fosse richiesto di rispondere di danni patrimoniali derivanti dalla propria prestazione professionale devono:

- I. coinvolgere immediatamente il sindacato aziendale o territoriale nella vicenda che li riguarda, affinché venga accertato se l'azienda ha correttamente ottemperato alle disposizioni di legge e di contratto in tema di responsabilità civile verso terzi;
- II. pretendere dall'azienda che le contestazioni di addebito siano circostanziate e formulate per iscritto
- III. non devono rendersi disponibili al pagamento di alcuna somma prima che si sia compiutamente esaurito l'iter della pratica, diffidando nel contempo l'azienda dal disporre unilateralmente l'addebito di eventuali danni sul proprio conto corrente personale;
- IV. svolgere la propria professione senza timori reverenziali nei confronti del datore di lavoro, sapendo di avere al proprio fianco un Sindacato in grado di tutelarli pienamente prima che una copertura assicurativa che, con altrettanta serietà, sarà in grado – laddove ne siano confermati i presupposti – di garantire la copertura prevista dal contratto di polizza.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

- **le dichiarazioni rese nel presente modulo di denuncia devono essere complete e veritiere**, poiché in ipotesi di richieste di indennizzo false o fraudolente, esagerazione dolosa dell'ammontare del danno, dichiarazione di fatti non rispondenti al vero, produzione di documenti falsi, occultamento di prove, agevolazione di intenti fraudolenti di terzi, si perde il diritto a ogni indennizzo.
- **non si deve ammettere la responsabilità** in relazione a Richieste di Risarcimento o concordarne l'entità oppure non si devono sostenerne i costi, gli oneri o le spese senza il consenso scritto degli assicuratori. In caso di Richiesta di Risarcimento, non si deve pregiudicare la posizione degli assicuratori od i diritti di rivalsa dei medesimi.
- **non si può dare corso ad iniziative e ad azioni ovvero non si devono raggiungere accordi o transazioni** senza il preventivo benestare degli assicuratori, pena la decadenza dal diritto all'indennizzo del Sinistro.
- **in caso di Sinistro, se ne deve dare avviso a tutti gli assicuratori, comunicando a ciascuno il nome degli altri**



**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE FABI**

DATI DELL'ASSICURATO

Iscritto al sindacato FABI di : _____ Data di iscrizione ____/____/____

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Attualmente l'attività professionale è regolarmente esercitata? LI SI LI NO

Se **NO**, indicare la data di cessazione del l'esercizio dell'attività professionale per decesso o pensionamento _____/_____/_____

ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE

Altre assicurazioni in corso

L'iscritto FABI è tutelato da ulteriori coperture assicurative RC Professionale ?

NO SI

**RC
Professionale**

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO

L'iscritto FABI dichiara che le informazioni rese nel presente modulo di denuncia sono complete e veritiere

data

nome e cognome

Firma:
l'Assicurato

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE FABI**

DETTAGLI DEL SINISTRO - RC PROFESSIONALE**Date**

Data di ricezione della Richiesta di Risarcimento o di avvenuta conoscenza della Circostanza _____ / _____ /

Data di accadimento dell'errore od omissione contestati all'iscritto FABI _____ / _____ /

Presunto danneggiato

Nome e Cognome/Denominazione _____

Indirizzo _____

(Via/Piazza/Corso e n. civico)

(CAP)

(Comune)

(Prov.)

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Fax _____ @-mail _____

Presunto danno Perdite patrimoniali Garanzia danniL'iscritto FABI è a conoscenza dell'ammontare del presunto danno? SI NO

valore del presunto danno € _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/06/2003 N.196

Gentile Cliente, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano e di cui Aon S.p.A., in qualità di Titolare del Trattamento, è entrato o entrerà in possesso, a seguito dell'incarico di brokeraggio assicurativo o riassicurativo, La informiamo di quanto segue:

- 1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI:** Il trattamento: **A.** è diretto all'espletamento da parte di Aon S.p.A. (di seguito denominata AON) delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dell'incarico nonché delle attività ad esso connesse e liquidazione dei sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività di brokeraggio assicurativo e riassicurativo, ivi eventualmente comprese le attività di tutela legale a favore degli assicurati per i prodotti assicurativi che prevedono esplicitamente tale tipo di servizio; **B.** può anche essere diretto all'espletamento da parte di Aon delle finalità di informazione e promozione commerciale, indagini di mercato e scopi statistici o di ricerca.
- 2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO:** Il trattamento: è realizzato per mezzo di operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1 lett. a) del D.Lgs.196/03: raccolta; registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, raffronto, interconnessione; selezione, estrazione, consultazione, comunicazione; blocco, cancellazione e distruzione; è effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati; è svolto dall'organizzazione del Titolare e da società di fiducia, il cui elenco è disponibile presso il Titolare, che sono nostre dirette collaboratrici e che operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, obbligati ad adempiere in proprio alla normativa in materia di tutela di protezione dei dati personali. Si tratta in modo particolare di società che svolgono servizi di assunzione rischi, archiviazione della documentazione riguardante i rapporti intercorsi con la clientela, svolgimento di sopralluoghi, perizie, gestione e liquidazione sinistri.
- 3. CONFERIMENTO DEI DATI:** La raccolta dei dati può avvenire presso l'interessato ovvero presso la nostra sede ove è effettuato il trattamento. Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e, se dal caso, giudiziari, è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1A, ossia conclusione di nuovi contratti, gestione ed esecuzione dei rapporti in essere, inclusa gestione e liquidazione dei sinistri (ivi eventualmente compresa la tutela legale). Tale consenso diventa facoltativo ai fini dello svolgimento di attività d'informazione e promozione commerciale di cui al punto 1-B.
- 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI:** L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali di cui al punto 3, relativamente alla finalità di cui al punto 1-A, comporta l'impossibilità di adempiere a quanto previsto dai contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri. L'eventuale rifiuto al conferimento dei dati di cui al punto 3, per la finalità 1-B, non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale dei prodotti assicurativi di Aon nei confronti dell'interessato.
- 5. COMUNICAZIONE DEI DATI:** I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1-A, per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia; legali, periti e autofficine; società di servizi cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio: Unità d'Informazione della Banca d'Italia, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione); altri enti pubblici e altre sedi Aon nel mondo. Inoltre i vostri dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per fini statistici per partecipare a gare pubbliche. Tali soggetti operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento di dati personali, e sono obbligati ad adempiere in proprio alla legge; l'elenco dei destinatari delle comunicazioni dei dati personali è disponibile presso l'ufficio Direzione Legale e può essere gratuitamente messo a conoscenza dell'interessato, mediante richiesta scritta al Titolare al numero di fax 02.45434567, o all'indirizzo [e-mail: privacy_officer@aon.it](mailto:privacy_officer@aon.it) ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs.196/03. Aon raccoglie i dati contenenti le informazioni riguardanti i propri clienti e le loro posizioni assicurative, compresi, ma non limitati ai nomi, al settore merceologico, al tipo di polizze e alle date di scadenza delle polizze, così come alle informazioni riguardanti le compagnie assicurative che forniscono la copertura ai propri clienti o completano per i propri clienti il piazzamento assicurativo. Tutte queste informazioni sono conservate in uno o più database. Aon può usare o rivelare le informazioni riguardanti i propri clienti, se richiesto dalla legge, dalla politica Aon, in seguito ad un procedimento legale o in risposta ad una richiesta da parte di un'autorità di polizia o di altri funzionari governativi. Oltre ad essere utilizzati a beneficio dei clienti Aon, queste banche dati sono accessibili anche da altri affiliati Aon per altri scopi, compresa la fornitura di consulenza e altri servizi per le imprese di assicurazione.
- 6. DIFFUSIONE DEI DATI:** I dati personali non sono soggetti a diffusione.
- 7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO:** I dati personali possono essere trasferiti esclusivamente verso le sedi Aon presenti sia nei Paesi dell'Unione Europea sia nei Paesi terzi rispetto all'Unione Europea nell'ambito delle finalità di cui al punto 1-A e B.
- 8. DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'art. 7 del D.Lgs.196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere da Aon la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili, del rappresentante designato e dei soggetti o delle categorie di soggetto cui i dati possono essere comunicati. L'interessato ha, inoltre, diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; nonché quello di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati. L'esercizio dei diritti dell'interessato può essere esercitato, in ogni momento, secondo quanto stabilito dall'art. 8 del D.Lgs.196/03.
- 9. TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Titolare del trattamento è Aon S.p.A., con sede a Milano, in via Calindri 6. Responsabile Designato del trattamento è il Gruppo Privacy domiciliato presso l'indirizzo sopra indicato.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente/Assicurato, preso atto dell'Informativa sulla Privacy che precede, ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. n. 196/03:

- | | | | |
|---|--------------|------------------|---|
| * | E ACCONSENTE | E NON ACCONSENTE | al trattamento dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) per le finalità di cui al punto 1-A dell'informativa e nelle modalità di cui al punto 2 |
| * | E ACCONSENTE | E NON ACCONSENTE | alla comunicazione dei dati personali, comprendendo eventualmente in tale definizione anche i dati sensibili (dati idonei a rivelare lo stato di salute) ed i dati giudiziari (dati idonei a rivelare la qualità di indagato o imputato) alle categorie di soggetti e nelle modalità indicate al punto 5 dell'informativa che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1-A della medesima informativa |
| | E ACCONSENTE | E NON ACCONSENTE | allo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale dei pacchetti assicurativi dei soggetti indicati nell'informativa nei confronti dell'interessato |

_____ data _____ nome e cognome Firma: _____ l'Assicurato

* **ATTENZIONE:** il mancato consenso pregiudica il buon fine della pratica

MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE SINISTRO

Spett.le
AON ADVISORY AND
SOLUTION S.r.l.
Via Calindri 6
20143 MILANO

DENUNCIA DI SINISTRO

Io sottoscritto/a

Residente in CAP

Località

In servizio presso l'Azienda di Credito

Sede/filiale **IBAN**

Tel. Uff. Iscritto al Sindacato FABl di

Avendo aderito alla Polizza di Responsabilità Civile Cassieri in data

DICHIARO

Che il giorno alla chiusura serale ho riscontrato una differenza di €
dovuta a

(specificare le modalità del sinistro che hanno originato la differenza)

Mi impegno inoltre a dare puntuale comunicazione di eventuali riscontri anche dopo l'avvenuta liquidazione.
Si allega relativa documentazione (come da specifiche sotto riportate).

Luogo firma

data.....

Per la definitiva liquidazione i documenti richiesti dovranno essere inviati al più presto a MEZZO E-MAIL E/O FAX alla "AON" - MILANO - Via Calindri 6 - Telefono: 02 87232347 oppure 02/45434227 - [E-mail: fabl.aon@aon.it](mailto:fabl.aon@aon.it)

Previo esame ed analisi della pratica, il pagamento degli indennizzi dovuti all'Assicurato verrà effettuato dalla Società Assicuratrice dietro la completa ed obbligatoria presentazione della seguente documentazione. I documenti sono da spedire a mezzo email/fax o posta.

A. Denuncia dell'ammanco predisposta dettagliatamente dall'Assicurato . **IL MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (ALLEGATO 1) DEVE TASSATIVAMENTE ESSERE SPEDITO ALLA AON HEWITT SEDE DI MILANO , A MEZZO FAX O POSTA, ENTRO E NON OLTRE 20 GIORNI DALLA DATA DEL SINISTRO, PENA LA DECADENZA AL DIRITTO DI INDENNIZZO.**

B. copia del foglio cassa giornaliero dal quale risulta l'ammanco o documento sostitutivo e/o equivalente

C. dichiarazione su carta intestata dell'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o ufficio Postale, che confermi la mancanza di cassa e l'avvenuta rifusione (**ALLEGATO 2**)

D. estremi dell'Assicurato necessari a Aon Hewitt per il bonifico bancario di rimborso: numero di C/C - banca di appoggio - cod. ABI e CAB - Agenzia d'appoggio

E. copia della scheda di adesione personale di polizza per le coperture a singole opzioni

F. copia dell'avvenuto pagamento del premio di polizza (bonifico a favore di Aon Hewitt e/o FABl)

G. copia della nota di addebito interna (su conto corrente e/o busta paga), operata dall'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o Ufficio Postale, nei confronti dell'Assicurato

H. modulo di dichiarazione di non copertura assicurativa predisposto e sottoscritto in originale da un Procuratore da parte dell'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o Ufficio Postale, esclusivamente per importi pari o maggiori a €250,00 o in alternativa dichiarazione unica con validità annuale (**ALLEGATO 3 / ALLEGATO 3 BIS**)

I. "RAPPORTO ISPETTIVO" e/o " DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL RAPPORTO ISPETTIVO", solo per importi superiori a € 1.000,00, predisposto su carta intestata dell'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o Ufficio Postale e sottoscritta dal Direttore dell'Agenzia/Filiale (documento in originale) (**ALLEGATO 4**)

FAC SIMILE DI

DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO DI AVVENUTA RIFUSIONE DELL'AMMANCO
(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)

Oggetto:

ammanco di cassa del di €.....

dipendente

Con la presente si dichiara che il Sig. (nome del dipendente), dipendente del

..... (nome dell'Istituto), ha rifiuto in data odierna l'ammanco

di cui all'oggetto nel seguente modo:

L/ in contanti

Lì con addebito in conto

Lì trattenute mensili con addebito in conto

Lì trattenute mensili con addebito in busta paga

Lì tramite assegno

In fede

(Nome dell'istituto)

Filiale di.....

(nome e cognome di un Procuratore)

.....**(Firma)**.....

RISCHIO AMMANCO DI CASSA
FAC SIMILE DI
DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO
(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)

Il sottoscritto Istituto Bancario

Dichiara di U aver U non aver istituito o contratto a proprio favore e/o a favore del cassiere polizze, fondi o altri strumenti che permettano il recupero dell'ammanco di cassa rilevato il a carico del cassiere Sig./sig.ra*

.....

In caso affermativo, si precisa che l'ammanco è stato recuperato per €...in base al seguente strumento:

.....
.....
.....
.....

In fede,

(data e luogo)

.....

*timbro e firma dell'Istituto Bancario
(indicare estremi del Direttore di Agenzia)*

.....

** Barrare la casella interessata*

RISCHIO AMMANCO DI CASSA
FAC SIMILE DI
DICHIARAZIONE ANNUALE DELL'ISTITUTO BANCARIO
(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)

Il sottoscritto Istituto Bancario

Dichiara che per l'anno 2021 non ha istituito o contratto a proprio favore e/o a favore di tutti i cassieri alle nostre dipendenze, polizze, fondi o altri strumenti che permettano il recupero degli ammanchi di cassa rilevati a carico degli stessi.

In fede,

.....
(data e luogo)

.....
timbro dell'Istituto Bancario
firma del Direttore Generale

FAC SIMILE DI
DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO
A FIRMA AUTOGRAFA DEL PROCURATORE FIRMATARIO
(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)

Spett.le
AON ADVISORY
AND SOLUTION
S.r.l. Via Calindri
6 20143 MILANO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DEL RAPPORTO ISPETTIVO**

.....

Si attesta che il nostro Servizio Ispettorato non rilascia verbali ispettivi a terzi e che comunque, dai controlli esperiti da questa Agenzia/Filiale/Sede, l'ammancio di cassa del/la Sig./ra di €
avvenuto in data ____ / ____ /2022 è stato causato da (*indicare se CAUSA ACCERTATA o CAUSA PROBABILE*):

La suddetta dichiarazione è rilasciata per gli usi consentiti dalla Legge.

.....
.....
.....
.....

RAGIONE SOCIALE
DELL'ISTITUTO BANCARIO

Il Direttore d'Agenzia

(Cognome e Nome)

Allegato 4

FAC SIMILE DI
DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO DI ASSUNZIONE A TEMPO NON
INDETERMINATO
(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito e sottoscritta dal Direttore dell'Agenzia)

, li/..../...

Oggetto:

ammacco di cassa del..... di €

operatore (nome e cognome)

Con la presente si dichiara che il Sig. (nome/cognome dell'operatore),
presta servizio presso il nostro Istituto (nome dell'Istituto), con un rapporto di lavoro a tempo NON INDETERMINATO .

Filiale di

.....

(nome e cognome esteso del Direttore e/o Procuratore dell'Agenzia)

.....
(Firma)

(Firma del Direttore e/o Procuratore dell'Agenzia)

Allegato 5