



Claims Service  
Claims Division-  
C.a. Giacomini Maria Cristina

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: **cristina.giacomini@aon.it**
- fax al n.: **+39 02 45463.467**
- Telefono **+39 02 45434.467 (Orario di ricevimento telefonico – dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30)**
- raccomandata A/R all'indirizzo: **Aon S.p.A. - Claims Division - - Via A. Ponti 8/10 – 20143 Milano**

Note

#### Documenti da allegare

- modulo di denuncia sinistro;
- 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 N. E99.14.901539

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

1. 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 carico dell’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?  SI  NOSe **NO**, indicare la data di cessazione dell'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

	<b>Assicuratore</b>	<b>Data di decorrenza</b>	<b>Data di scadenza</b>	<b>Massimale</b>
<b>RC Professionale</b>	_____	_____	_____	_____

**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 danni

L'iscritto FABI è a conoscenza dell'ammontare del presunto danno?

 SI  NO

valore del presunto danno € \_\_\_\_\_

