Claims Service
Claims Division-
C.a. Giacomin 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.giacomin@aon.it**
- **fax al n.:** **+39 02 45463.467**
- **Telefono** **+39 02 45434.467 (Orario di ricevimento telefonico – dal lunedì al giovedi 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

- o modulo di denuncia sinistro;
- o documento Privacy;
- o relazione;
- o copia del modulo di adesione alla polizza-convenzione e del bonifico per il pagamento del relativo premio;
- o dichiarazione rilasciata dalla spettabile FABI, su propria carta intestata, attestante la regolarità della Sua iscrizione;
- o 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;
- o 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;
- o 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;
- o copia della eventuale lettera di responsabilità inoltrata dal terzo danneggiato a X e delle relative repliche;
- o copia di tutte le comunicazioni interne eventualmente a Lei trasmesse e delle relative repliche;
- o 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;
- o 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 ☐ 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

	Assicuratore	Data di decorrenza	Data di scadenza	Massimale
RC Professionale				

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO

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

_____ _____ Firma:_____
data nome e cognome 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 € _____

DOCUMENTO PRIVACY

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 1-A, 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 dato 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 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 rettificazione 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 A. Ponti 8/10. 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:

*	☐ ACCONSENTE	☐ 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
*	☐ ACCONSENTE	☐ 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
	☐ ACCONSENTE	☐ NON ACCONSENTE	allo svolgimento di attività di informazione e di promozione commerciale dei pacchetti assicurativi dei soggetti indicati nell'informativa nei confronti dell'interessato

_____ _____ Firma:_____

data nome e cognome l'Assicurato

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

Relazione

FORNIRE DETTAGLIATA DESCRIZIONE DEGLI EVENTI CHE HANNO DATO LUOGO ALLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO O ALLA CIRCOSTANZA APPONENDO LA DATA DI REDAZIONE E LA PROPRIA SOTTOSCRIZIONE

Allegati

☐ Copia della Richiesta di Risarcimento