



CONVENZIONE ANNO 2025  
AON - SAB/FABI



FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI

Sindacato Autonomo Bancari di Perugia e Terni

Via San Bartolomeo 61 - 06135 Ponte San Giovanni (PG)

Tel. 075.50.97240 ore 9.30-12.30

www.fabiumbria.it  
email: fabi@fabiumbria.it

CONVENZIONE 01.1.2025 – 31.12.2025

CONTRATTO DI LAVORO A **TEMPO INDETERMINATO**

POLIZZE ASSICURATIVE

R.C. Ammanchi di Cassa - R.C. Professionale - R.C. Capofamiglia

**ATTENZIONE!!! : La Polizza RC Capo Famiglia opera automaticamente in forma gratuita per coloro che acquistano polizze RC Cassieri e/o RC Professionali con premio uguale o maggiore ad € 50,00. Il massimale è di € 1.250.000,00 senza nessuna franchigia**

MODULO DI ADESIONE ED ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

<p><b>S.A.B. / F.A.B.I.</b> (timbro e firma attestante l'iscrizione al Sindacato)</p>	<p>FABI - Sindacato Autonomo dei Bancari di Perugia e Terni Via San Bartolomeo, 61 - 06135 PERUGIA fabi@fabiumbria.it - fabi@pec.fabiumbria.it Tel. 075.5097240 CF: 94018050545</p> 	<p>Trasmettere il presente modulo con copia dell'avvenuto pagamento via mail a: <a href="mailto:fabi.assicurazioni@aon.it">fabi.assicurazioni@aon.it</a> e per conoscenza a <a href="mailto:fabi@fabiumbria.it">fabi@fabiumbria.it</a> Per qualsiasi necessità chiamare al numero 02.4543.4294 (Sig.ra Patrizia Barizza)</p>
---	---	--

Assicurato/a:

Azienda di Credito:

Agenzia/Ufficio:

Durata Polizza: **12 mesi, 9 mesi, 6 mesi e 3 mesi**

Decorrenza garanzia: **dalle ore 24 del giorno del bonifico. Per le durate inferiori a 12 mesi scadranno comunque inderogabilmente alle ore 24 del 31.12.2025**

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

Contributo assicurativo pagato : €: \_\_\_\_\_,00

**Ipotesi Scelta:** \_\_\_\_\_

Bonifico bancario a favore di: **AON SPA - codice IBAN: IT 64 E 02008 05351 000103620212** - Causale: numero ipotesi e nome, cognome  
**OPPURE Carta di Credito:** collegandosi alla nuova piattaforma AON al seguente link: [www.fabi.sab.aon.it](http://www.fabi.sab.aon.it)

**ADESIONE : 01.01.2025 - 31.12.2025**

**R.C. AMMANCHI DI CASSA**

IPOTESI	COPERTURA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	CONTRIBUTO ASSICURATIVO PER PERIODO			
				01/01/2025 31/12/2025	01/04/2025 31/12/2025	01/07/2025 31/12/2025	01/10/2025 31/12/2025
<b>Ipotesi 1A</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 7.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 48	€ 36	€ 24	€ 12
<b>Ipotesi 2A</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 12.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 70	€ 53	€ 35	€ 18
<b>Ipotesi 3A</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 20.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 97	€ 73	€ 49	€ 25

## R.C. AMMANCHI DI CASSA e R.C. PROFESSIONALE

IPOTESI	COPERTURA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	CONTRIBUTO ASSICURATIVO PER PERIODO			
				01/01/2025 31/12/2025	01/04/2025 31/12/2025	01/07/2025 31/12/2025	01/10/2025 31/12/2025
<b>Ipotesi 1B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 7.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 60	€ 45	€ 30	€ 15
	R.C. PROFESSIONALE	€ 40.000,00 per sinistro € 80.000,00 per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 2B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 12.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 80	€ 60	€ 40	€ 20
	R.C. PROFESSIONALE	€ 40.000,00 per sinistro € 80.000,00 per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 3B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 7.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 78	€ 59	€ 39	€ 19
	R.C. PROFESSIONALE	€ 80.000,00 per sinistro € 150.000,00 per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 4B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 12.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 99	€ 75	€ 50	€ 25
	R.C. PROFESSIONALE	€ 80.000,00 per sinistro € 150.000,00 per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 5B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 7.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 88	€ 66	€ 44	€ 22
	R.C. PROFESSIONALE	€ 120.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 6B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 12.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 110	€ 83	€ 55	€ 28
	R.C. PROFESSIONALE	€ 120.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 7B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 7.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 79	€ 59	€ 40	€ 20
	R.C. PROFESSIONALE	€ 70.000 per sinistro e per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 8B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 12.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 100	€ 75	€ 50	€ 25
	R.C. PROFESSIONALE	€ 70.000 per sinistro e per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 9B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 7.000,00 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 109	€ 83	€ 55	€ 28
	R.C. PROFESSIONALE	€ 250.000 per sinistro e per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 10B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 12.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 131	€ 99	€ 66	€ 33
	R.C. PROFESSIONALE	€ 250.000 per sinistro e per anno	NESSUNA				
<b>Ipotesi 11B</b>	R.C. AMMANCHI DI CASSA	€ 1.500 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 53	€ 40	€ 27	€ 13
	R.C. PROFESSIONALE	€ 250.000 per sinistro e per anno	NESSUNA				

## R.C. PROFESSIONALE

IPOTESI	COPERTURA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	CONTRIBUTO ASSICURATIVO PER PERIODO			
				01/01/2025 31/12/2025	01/04/2025 31/12/2025	01/07/2025 31/12/2025	01/10/2025 31/12/2025
<b>Ipotesi 1C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 40.000,00 per sinistro € 80.000,00 per anno	NESSUNA	€ 12	€ 9	€ 6	€ 3
<b>Ipotesi 2C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 80.000,00 per sinistro € 150.000,00 per anno	NESSUNA	€ 33	€ 25	€ 16	€ 8
<b>Ipotesi 3C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€120.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 40	€ 30	€ 20	€ 10
<b>Ipotesi 4C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 120.000,00 per sinistro € 200.000,00 per anno	NESSUNA	€ 44	€ 33	€ 22	€ 11
<b>Ipotesi 5C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 250.000,00 per sinistro € 500.000,00 per anno	NESSUNA	€ 51	€ 39	€ 26	€ 13
<b>Ipotesi 6C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 350.000,00 per sinistro € 700.000,00 per anno	NESSUNA	€ 89	€ 67	€ 45	€ 22
<b>Ipotesi 7C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 600.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 130	€ 98	€ 65	€ 33
<b>Ipotesi 8C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€1.200.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 175	€ 131	€ 88	€ 44
<b>Ipotesi 9C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 2.500.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 250	€ 188	€ 125	€ 63
<b>Ipotesi 10C</b>	R.C. PROFESSIONALE	€ 3.000.000 per sinistro e per anno	NESSUNA	€ 280	€ 210	€ 140	€ 70

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

L'Assicurato dichiara di essere iscritto alla Fabi (FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI) e si impegna a comunicare ad Aon spa l'eventuale perdita, in corso di contratto, dei requisiti per usufruire delle suindicate condizioni di assicurazione, consapevole che il venir meno di tali requisiti comporta l'immediata inoperatività della copertura;

Qualora nel corso del periodo assicurativo venga meno, per qualunque motivo, l'iscrizione alla Fabi, la copertura assicurativa cesserà e la relativa quota di premio rimarrà comunque acquisita dall'Impresa Assicuratrice;

L'assicurazione vale anche per le richieste effettuate entro 60 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro, purchè l'evento si sia verificato durante la vigenza della polizza ed a condizione che, nell' arco temporale sopra indicato, permanga l'iscrizione dell'interessato alla Fabi

Data

Nome e Cognome

Firma



L'Assicurando, dichiara di affidare la gestione della polizza assicurativa nascente dalla presente sottoscrizione ad Aon S.p.A., Broker di assicurazioni iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) con il numero B000117871.

Data

Nome e Cognome

Firma



L'Assicurando, dichiara di aver visionato sul sito [www.fabi.sab.aon.it](http://www.fabi.sab.aon.it), in ottemperanza all'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018, l'allegato documento "Informazioni da rendere all'Assicurando prima che lo stesso sia vincolato dal contratto". Dichiara altresì di aver visionato l'informativa resa ai fini del Regolamento U.E. 2016/679 - GDPR e consente il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nei limiti previsti dall'informativa e dalla normativa vigente

Data

Nome e Cognome

Firma



L'Assicurando, dichiara di voler sottoscrivere la Polizza R.C. ammanchi di Cassa e/o R.C. ammanchi di Cassa e R.C. Professionale e/o R.C. Professionale e manifesta la propria volontà in tal senso, a mezzo della sottoscrizione del presente modulo di Adesione.

Data	Nome e Cognome	Firma	
L'Assicurando, dichiara espressamente di aver visionato sul sito <a href="http://www.fabi.sab.aon.it">www.fabi.sab.aon.it</a> ed esaminato l'estratto delle Condizioni, relative alla convenzione stipulata con Vittoria Assicurazioni S.p.A.			
Data	Nome e Cognome	Firma	

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY)

L'Assicurando, preso atto dell'allegata informativa sulla Privacy, ai sensi de Regolamento UE 2016/679 denominato GDPR

**Cognome Nome** : .....

esprimo il mio esplicito consenso al trattamento dei miei dati personali e, ove applicabile, a quelli riferibili all'azienda che rappresento, da parte di Aon avente sede legale in Milano, Via Calindri n. 6 con riferimento al:

- a)  non desidero che i miei dati siano trattati per le finalità di marketing quali: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.
- b) acconsento trattamento automatizzato dei miei dati personali, ivi inclusa la profilazione, effettuato per analizzare le mie preferenze, abitudini, interessi, al fine di ricevere comunicazioni commerciali personalizzate.  
 ACCONSENTO  NON ACCONSENTO
- c) trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute per le finalità connesse all'erogazione del servizio  
 ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Luogo

Data

Firma



### VALUTAZIONE SULL'ADEGUATEZZA DELLA POLIZZA OFFERTA

**SE LE DICHIARAZIONI CHE SEGUONO RISULTANO APPROPRIATE, E' POSSIBILE SOTTOSCRIVERLE E COMPLETARE LA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, POICHE' LA STESSA É ADEGUATA RISPETTO ALLE PROPRIE ESIGENZE ASSICURATIVE**

L'Assicurando dichiara che intende sottoscrivere la polizza offerta e che:

- le proprie esigenze assicurative derivano da una scelta personale di sicurezza, indipendente da qualsiasi obbligo di legge
- intende tutelarsi contro il rischio di ammanco di cassa se acquistata l'opzione A) R.C. Ammanchi di Cassa, contro il rischio ammanco di cassa e professionale se acquistata l'opzione B) R.C. Ammanchi di Cassa + R.C. Professionale, contro il rischio R.C. professionale se acquistata l'opzione C) R.C. Professionale
- è consapevole che la polizza offerta prevede limiti di indennizzo ed esclusioni, evidenziati nelle Condizioni di Assicurazione, di cui ha preso visione durante la compilazione della presente scheda di adesione

Data

Nome e Cognome

Firma



**SE INVECE NON SI INTENDE FORNIRE ALCUNA DICHIARAZIONE CIRCA LE PROPRIE ESIGENZE ASSICURATIVE E SI VUOLE COMUNQUE SOTTOSCRIVERE LA POLIZZA, CONSAPEVOLI CHE POTREBBE NON ESSERE ADEGUATA RISPETTO ALLE PROPRIE ESIGENZE ASSICURATIVE, E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE LA SEGUENTE DICHIARAZIONE**

L'Assicurando dichiara di non voler fornire alcuna informazione, consapevole che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della polizza offerta rispetto alle proprie esigenze assicurative. L'Assicurando dichiara inoltre di voler comunque sottoscrivere la polizza offerta.

Data

Nome e Cognome

Firma

