



FEDERAZIONE
AUTONOMA
BANCARI
ITALIANI

Sindacato di Rimini

Piazza Ferrari, 22 scala B
tel 054128865 - fax 054127300

sab.rn@fabi.it - www.fabirimini.it

POLIZZE 2026



FABI RIMINI, anche quest'anno, grazie alla collaborazione con AON S.p.A, presenta ai propri iscritti, con contratto a **TEMPO INDETERMINATO**, il **PACCHETTO ASSICURATIVO 2026**, con formule **VANTAGGIOSE** su misura in base alle singole esigenze:

- ⚙️ **professionali** → **R.C. AMMANCHI DI CASSA, PROFESSIONALE E COMBINATA**
- ⚙️ **temporali** → **TRE – SEI – NOVE - DODICI MESI**



RC AMMANCHI DI CASSA per ammanchi di cassa	IPOTESI A - da 1 a 3
RC AMMANCHI DI CASSA/PROFESSIONALE per ammanchi di cassa e rischi professionali	IPOTESI B - da 1 a 11
RC PROFESSIONALE per rischi professionali	IPOTESI C - da 1 a 10

...oltre ad ulteriori vantaggi **INCLUSI**:

- ⚙️ **R.C. CAPOFAMIGLIA** (per premi annuali o maggiore a € 50 e comunque inclusa e gratuita per gli iscritti Fabi);
- ⚙️ **RETROATTIVITÀ 10 (dieci) ANNI**;
- ⚙️ **DANNI NON PATRIMONIALI** (morale, biologico, esistenziale) - estensione copertura;
- ⚙️ **ATTIVITÀ ASSICURATIVA** (Testo Assicurazioni D.Lgs 209/2005, regolamento n. 5 del 16/10/06 e successive modifiche e/o integrazioni);
- ⚙️ **SPESE LEGALI** ⁽¹⁾ - per resistere in sede giudiziale/stragiudiziale, avvalendosi di legali/tecnici;
- ⚙️ **VIOLAZIONE DELLA NORMATIVA PRIVACY** - copertura danni patrimoniali fino ad un massimale di 150.000 €;
- ⚙️ **DIFFERENZE CARICO/SCARICO bancomat, bancomat evoluti, cassa self assistita**, questo rischio è coperto anche dalla sola sottoscrizione della polizza RC Professionale. Il massimale è di 7.000 € per sinistro e per anno.

COME ATTIVARE LA POLIZZA?

1. **indica** i tuoi dati anagrafici, l'Azienda e l'Agenzia/Ufficio sul modulo di adesione alla polizza;
2. **indica** l'importo del premio in base all'ipotesi prescelta nel successivo campo "modalità di pagamento";
3. **effettua** il pagamento del premio (bonifico/carta di credito) in base all'ipotesi prescelta, seguendo le indicazioni che trovi sempre nel campo "modalità di pagamento";
4. **inserisci** data, nome/cognome e firma, dove indicato con le frecce;
5. **invia** copia dei moduli (almeno le pagine 2, 4, 5 di 5) e del pagamento effettuato, via mail, ai seguenti indirizzi: fabi.assicurazioni@aon.it - sab@fabirimini.it

⁽¹⁾ Vedi nota informativa sul sito <https://www.fabi.sab.aon.it/>

CONVENZIONE 01.01.2026 – 31.12.2026

**POLIZZA ASSICURATIVA R.C. AMMANCHI DI CASSA - R.C. PROFESSIONALE
R.C. CAPOFAMIGLIA****CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**

(rientrano in questa casistica anche i lavoratori che svolgono attività in smart working e telelavoro)

ATTENZIONE:

- la Polizza RC Capofamiglia opera automaticamente in forma gratuita per coloro che acquistano polizze RC Cassieri e/o RC Professionali con premio uguale o maggiore a 50 €. il massimale è di 1.250.000 € senza nessuna franchigia
- è possibile acquistare le diverse opzioni RC Cassa e RC Professionale separatamente

MODULO DI ADESIONE

S.A.B. / F.A.B.I. Sindacato di Rimini Piazza Ferrari 22/b 47921 RIMINI	(timbro e firma attestante l'iscrizione al Sindacato) (FACOLTATIVO)	Trasmettere il presente modulo con copia dell'avvenuto pagamento via mail a: fabi.assicurazioni@aon.it Per qualsiasi necessità chiamare al numero 02 45434294 (Sig.ra Patrizia Barizza)
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 31.12.2026

MODALITÀ DI PAGAMENTO






Contributo assicurativo pagato: _____,00 €

Bonifico bancario a favore di: **AON S.p.A.** - 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**ADESIONE: 01.01.2026 - 31.12.2026****R.C. AMMANCHI DI CASSA**

IPOTESI	COPERTURA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	CONTRIBUTO ASSICURATIVO PER PERIODO			
				01/01/2026 31/12/2026	01/04/2026 31/12/2026	01/07/2026 31/12/2026	01/10/2026 31/12/2026
Ipotesi 1A	R.C. AMMANCHI DI CASSA	7.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	48 €	36 €	24 €	12 €
Ipotesi 2A	R.C. AMMANCHI DI CASSA	12.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	70 €	53 €	35 €	18 €
Ipotesi 3A	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			
				01/01/2026 31/12/2026	01/04/2026 31/12/2026	01/07/2026 31/12/2026	01/10/2026 31/12/2026
Ipotesi 1B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	7.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	60 €	45 €	30 €	15 €
	R.C. PROFESSIONALE	40.000 € per sinistro 80.000 € per anno	NESSUNA				
Ipotesi 2B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	12.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	80 €	60 €	40 €	20 €
	R.C. PROFESSIONALE	40.000 € per sinistro 80.000 € per anno	NESSUNA				
Ipotesi 3B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	7.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	78 €	59 €	39 €	19 €
	R.C. PROFESSIONALE	80.000 € per sinistro 150.000 € per anno	NESSUNA				
Ipotesi 4B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	12.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	99 €	75 €	50 €	25 €
	R.C. PROFESSIONALE	80.000 € per sinistro 150.000 € per anno	NESSUNA				
Ipotesi 5B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	7.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	88 €	66 €	44 €	22 €
	R.C. PROFESSIONALE	120.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA				
Ipotesi 6B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	12.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	110 €	83 €	55 €	28 €
	R.C. PROFESSIONALE	120.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA				
Ipotesi 7B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	7.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	79 €	59 €	40 €	20 €
	R.C. PROFESSIONALE	70.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA				
Ipotesi 8B	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				
Ipotesi 9B	R.C. AMMANCHI DI CASSA	7.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	109 €	83 €	55 €	28 €
	R.C. PROFESSIONALE	250.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA				
Ipotesi 10B	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				
Ipotesi 11B	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			
				01/01/2026 31/12/2026	01/04/2026 31/12/2026	01/07/2026 31/12/2026	01/10/2026 31/12/2026
Ipotesi 1C	R.C. PROFESSIONALE	40.000 € per sinistro 80.000 € per anno	NESSUNA	12 €	9 €	6 €	3 €
Ipotesi 2C	R.C. PROFESSIONALE	80.000 € per sinistro 150.000 € per anno	NESSUNA	33 €	25 €	16 €	8 €
Ipotesi 3C	R.C. PROFESSIONALE	120.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	40 €	30 €	20 €	10 €
Ipotesi 4C	R.C. PROFESSIONALE	120.000 € per sinistro 200.000 € per anno	NESSUNA	44 €	33 €	22 €	11 €
Ipotesi 5C	R.C. PROFESSIONALE	250.000 € per sinistro 500.000 € per anno	NESSUNA	51 €	39 €	26 €	13 €
Ipotesi 6C	R.C. PROFESSIONALE	350.000 € per sinistro 700.000 € per anno	NESSUNA	89 €	67 €	45 €	22 €
Ipotesi 7C	R.C. PROFESSIONALE	600.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	130 €	98 €	65 €	33 €
Ipotesi 8C	R.C. PROFESSIONALE	1.200.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	175 €	131 €	88 €	44 €
Ipotesi 9C	R.C. PROFESSIONALE	2.500.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	250 €	188 €	125 €	63 €
Ipotesi 10C	R.C. PROFESSIONALE	3.000.000 € per sinistro e per anno	NESSUNA	280 €	210 €	140 €	70 €

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO			
<p>L'Assicurato dichiara di essere iscritto alla FABI (FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI) e si impegna a comunicare ad AON S.p.A. 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.</p> <p>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.</p> <p>L'Assicurazione vale anche per le richieste effettuate entro 60 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro, purché 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.</p>			
Data	Nome e Cognome	Firma	
<p>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.</p>			
Data	Nome e Cognome	Firma	
<p>In ottemperanza all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018, l'Assicurando dichiara di aver visionato sul sito www.fabi.sab.aon.it le dichiarazioni corrispondenti agli Allegati 3 e 4 al Regolamento; di essere in attesa/di aver ricevuto la documentazione precontrattuale (polizza n. F50.014.919304)</p>			
Data	Nome e Cognome	Firma	
<p>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.</p>			
Data	Nome e Cognome	Firma	
<p>L'Assicurando, dichiara espressamente di aver visionato sul sito www.fabi.sab.aon.it ed esaminato l'estratto delle Condizioni, relative alla convenzione stipulata con Vittoria Assicurazioni S.p.A.</p>			
Data	Nome e Cognome	Firma	

MODULO ACQUISIZIONE DEI CONSENSI (ART. 7 GDPR - PRIVACY)

Io sottoscritto (cognome e nome) ho visionato sul sito www.fabi.sab.aon.it i contenuti dell'Informativa Privacy.

AUTORIZZO

- Il trattamento dei miei dati particolari (ex art. 9 GDPR) per le finalità riportate in informativa.
☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso
- Il trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a minore da parte di Aon, per le finalità riportate in informativa.
☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso
- Voglio ricevere da Aon in anteprima, via mail, posta o telefono, informazioni su nuovi prodotti e/o servizi.
☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso
- Voglio ricevere proposte personalizzate in linea con i miei interessi, preferenze, abitudini di acquisto formulate sulla base dei miei dati.
☐ Do il consenso ☐ Nego il consenso

Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento attraverso una semplice comunicazione ai riferimenti di cui al paragrafo "Diritti da esercitare sui dati personali".

Luogo

Data

Firma



VALUTAZIONE SULL'ADEGUATEZZA DELLA POLIZZA OFFERTA

SE LE DICHIARAZIONI CHE SEGUONO RISULTANO APPROPRIATE, È POSSIBILE SOTTOSCRIVERLE E COMPLETARE LA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, POICHÉ LA STESSA È 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, È 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

