



# LA SCINTILLA

ISKRA

## Uniti per difendere i diritti

*periodico della Fisac - Cgil Banca Popolare di Ancona*

03.2010

## POLIZZE ASSICURATIVE ANNO 2011

Vi raggiungiamo con la **convenzione assicurativa FISAC MARCHE e UNIPOL anno 2011 per le polizze di cassa, di responsabilità civile e tutela giudiziaria.**

Ricordiamo che i **solli ammanchi di cassa degli operatori di BPA e CARIFANO sono regolati dalle condizioni generali di polizza con i limiti previsti a pagina 4.** L'Associazione degli Operatori di Sportello, infatti, **provvede con propria dotazione e senza oneri associativi alla copertura delle differenze riscontrate secondo la normativa prevista.**

La **versione integrale dei contratti è disponibile presso la FISAC CGIL Marche, Ancona via San Martino 2 (tel. 071/2071763).**

**In fondo alla proposta assicurativa due sintetiche note sul contributo disabili e sulla polizza sanitaria BPA.**

### Modalità di adesione

Dopo aver scelto la copertura assicurativa ed individuato il relativo costo, effettuare il pagamento del premio in unica soluzione con bonifico bancario sul conto corrente intestato a PESARESI GIORGIO quale Agente Generale UNIPOL ANCONA Via XXIX settembre n. 2 60122 ANCONA presso UGF Banca, Via Giannelli, 18 Ancona  
Codice IBAN: IT 38Q 03127 02600 000000000001

Occorre poi compilare ed inviare alla Agenzia UNIPOL di Ancona (Fax 071/202938) la lettera di adesione riprodotta sul quarto foglio e copia dell'avvenuto bonifico. Una copia della adesione e del bonifico andranno trasmessi anche alla FISAC/CGIL Marche di Ancona (Fax 071/2071763). I premi non potranno essere pagati in proporzione ai mesi assicurati.

### Attenzione

*L'adesione alla Polizza del cassiere è riservata agli iscritti della FISAC/CGIL, mentre tutte le altre polizze possono essere stipulate da chiunque indipendentemente dall'appartenenza o meno ad altra organizzazione sindacale. Coloro che con l'occasione volessero aderire alla FISAC/CGIL potranno completare in ogni sua parte la scheda di associazione di seguito riprodotta e consegnarla al rappresentante aziendale FISAC/CGIL o indirizzarla alla FISAC/CGIL Marche, Via San Martino n. 2 - 60122 Ancona*

## POLIZZA DEL CASSIERE

Riservata esclusivamente agli iscritti FISAC/CGIL, copre le somme relative a deficienze di cassa per contanti o valori, conseguenti a negligenza o errori involontari commessi nell'esercizio della propria attività professionale di cassieri, riscontrate alla chiusura giornaliera dei conti, purché

confermati dai prescritti controlli di banca, che abbiano comportato a carico dell'assicurato il rimborso ai sensi del C.C.N.L. della propria categoria. La copertura opera per tutti i soggetti interessati ovunque essi svolgano la propria attività lavorativa.

Costo Polizza

ANNUO

Euro 103,50

2° SEMESTRE

Euro 85,00 (\*)

(\*) per inclusioni in copertura nel periodo dal 1/7/2011 al 31/12/2011

### Decorrenza e durata

La garanzia decorre dalle ore 24 del secondo giorno lavorativo successivo alla data di effettuazione del bonifico, con scadenza fissa al 31/12/2011 indipendentemente dal giorno di sottoscrizione.

### Massimale Euro 6.000,00

Il massimale indicato rappresenta il limite di risarcimento a carico della Società per sinistro, per persona e per anno assicurativo, indipendentemente dal numero dei sinistri verificatosi e denunciati alla Società stessa.

**Franchigia**

L'assicurazione è prestata con una franchigia per il primo sinistro di Euro 130,00, Euro 190,00 per il secondo ed Euro 260,00 per i successivi a carico, naturalmente, dell'assicurato. Le franchigie saranno applicate tenendo conto del numero dei sinistri liquidati o riservati (esclusi i senza seguito) nell'anno precedente che vanno a sommarsi con quelli denunciati nell'anno di validità della polizza.

**Esclusioni**

La garanzia non è operante:

- per gli ammanchi e le perdite dovuti al fatto penalmente perseguibile, ad infedeltà, colpa grave e dolo dell'Assicurato;
- per avaria o deterioramento del contante, dei titoli, dei valori in genere;
- per ammanchi o perdite dovuti ad incendio, furto, rapina o da fatto fortuito od a causa di forza maggiore.

**Denuncia di sinistro**

Entro **cinque giorni** dalla data dell'avvenuta deficienza di cassa, l'iscritto dovrà segnalare l'ammanco alla Compagnia assicuratrice tramite raccomandata. Successivamente lo stesso dovrà inoltrare: 1) lettera in originale su carta intestata

*Alle polizze che seguono, di **Responsabilità professionale e Tutela giudiziaria**, possono aderire tutti i lavoratori, anche i non iscritti. Lo scopo di queste coperture assicurative è quello di tutelare i colleghi sottoscrittori in quelle situazioni aziendali in cui i datori di lavoro, che hanno subito un danno derivante ad adempimenti, a loro avviso, non espletati correttamente dal lavoratore, tendono a rivalersi economicamente sul lavoratore coinvolto. **Resta naturalmente impregiudicata la possibilità dell'azione sindacale tesa ad obbligare le aziende al rispetto delle proprie responsabilità.***

rilasciata dall'Istituto di credito nella quale devono essere riportate le dichiarazioni che è stato riscontrato un ammanco di cassa e che l'ammanco è stato reintegrato dall'assicurato; nella lettera andranno anche indicati i dati del cassiere (cognome, nome, qualifica), la data nella quale è stato riscontrato l'ammanco, l'importo dello stesso e le modalità del reintegro. La lettera dovrà essere firmata dal responsabile di Sede o Filiale e/o dell'Ufficio del Personale. 2) Copia leggibile del bonifico effettuato per l'adesione alla polizza convenzione e copia della scheda di adesione. 3) Copia del verbale di cassa o statino di cassa o situazione dicassa e comunque documento contabile ove siano evidenziati contabilmente, a stampa, l'importo dell'ammanco e la data dello stesso. Sulla copia del documento andrà posto timbro con firma in originale del responsabile di Sede o Filiale. 4) Fotocopia tessera di iscrizione alla FISAC CGIL. La Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione per l'istruttoria del sinistro, tra cui, per sinistri di importo significativo, una "denuncia" presso l'autorità di pubblica sicurezza (per es. Carabinieri) nella quale l'assicurato esporrà i fatti attinenti il sinistro, per quanto a sua conoscenza.

## POLIZZA PROFESSIONALE BASE

Riguarda tutti i dipendenti di ogni ordine e grado, compresi i funzionari ed esclusi i dirigenti. La società si obbliga a tenere indenni gli assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili ai sensi di legge di perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi, compreso l'ISTITUTO DI CREDITO di appartenenza, con la sola esclusione dell'ipotesi di dolo, in relazione all'espletamento ed all'adempimento di compiti di ufficio affidatogli nella loro qualità di dipendenti. Decorrenza dalle ore 24 dell'ultimo

giorno del mese di effettuazione del bonifico bancario, con scadenza fissa al 31.12.2011 indipendentemente dal giorno di sottoscrizione. Somma assicurata Euro 103.300,00 per anno assicurativo con massimo risarcimento per sinistro di Euro 15.500,00. Scoperto a carico del dipendente pari al 10% con minimo non indennizzabile di Euro 155,00 per ogni sinistro, elevato ad Euro 414,00 in alcuni casi. Costo della polizza Euro 51,65 annue per i quadri ed Euro 25,82 per tutti gli altri lavoratori. Non è previsto un premio semestrale.

## POLIZZA PROFESSIONALE SUPPLEMENTARE

Riguarda i dipendenti delle aree professionali ed i quadri direttivi. Sono esclusi i dirigenti. E' valida a condizione che gli assicurati abbiano aderito e sia operante nei loro confronti la polizza professionale base. Opera per la parte di danno che eventualmente ecceda i massimali coperti da tale contratto. Opera invece a "primo rischio" per i rischi non coperti da tale polizza e garantiti con la presente copertura come per esempio: area crediti – finanza – borsa – pegni. Decorrenza dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese di

effettuazione del bonifico bancario, con scadenza fissa al 31.12.2011 indipendentemente dal giorno di sottoscrizione. Massimale di Euro 103.300,00 per anno assicurativo con il limite di Euro 15.500,00 o Euro 26.000,00 per sinistro. Costo della polizza; Euro 77,47 per il primo massimale per sinistro ed Euro 113,62 per il secondo. Per inclusioni con validità della garanzia per il periodo 1.7.2011 / 31.12.2011 i premi sono stabiliti rispettivamente in Euro 51,66 ed Euro 77,48. Franchigia fissa per ogni sinistro di Euro 1.292,00.

## POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA

Riguarda tutti i dipendenti, esclusi i dirigenti. La società assicuratrice assume a proprio carico le spese legali e peritali, stragiudiziali e giudiziarie che dovessero essere sostenute dall'assicurato per tutelare i propri diritti ed interessi a seguito

di fatti involontari connessi all'attività dichiarata in polizza. Decorrenza dalle ore 24 dell'effettuazione del bonifico bancario, con scadenza fissa al 31.12.2011 indipendentemente dal giorno di sottoscrizione. Massimo risarcimento Euro 7.747,00 per ogni sinistro. Costo della polizza Euro 25,81 annuo e, per inclusioni

con validità della garanzia per il periodo 1/7/2011 – 31/12/2011, Euro 12,91.

#### Denuncia di sinistro

Relativamente alle polizze di **Responsabilità professionale e Tutela giudiziaria**, l'Assicurato dovrà presentare denuncia alla Compagnia assicuratrice tramite raccomandata entro **sette giorni** dalla data di ricezione della notifica motivata di addebito.

Successivamente la stessa Compagnia assicuratrice, a norma delle Condizioni di polizza, metterà a disposizione le somme, entro i limiti di massima e dedotte le franchigie, dietro certificazione aziendale dell'avvenuto pagamento del danno. Solo nel caso di terzi responsabili il pagamento del sinistro avverrà dopo che l'Istituto avrà esperimento procedimento esecutivo contro il terzo responsabile (Responsabilità Civile).

## TAVOLE RIEPILOGO PREMI, COMBINAZIONI, SCONTI

	Premio annuo 1.1.2011-31.12.2011		Premio semestrale 1.7.2011-31.12.2011	
<b>POLIZZE # COMBINAZIONI # MASSIMALI</b>	<b>CODICE</b>	<b>PREMIO €</b>	<b>CODICE</b>	<b>PREMIO €</b>
<b>POLIZZA DEL CASSIERE</b>	<b>CA</b>	103,50	<b>CB</b>	85,00
<b>POLIZZA PROFESSIONALE BASE</b>				
Aree professionali	<b>BA</b>	25,82		
Quadri Direttivi	<b>BB</b>	51,65		
<b>POLIZZA PROFESSIONALE SUPPLEMENTARE</b>				
Massimale per sinistro Euro 15.500,00	<b>SA</b>	77,47	<b>SB</b>	51,66
Massimale per sinistro Euro 26.000,00	<b>SC</b>	113,62	<b>SD</b>	77,48
<b>POLIZZA PROFESSIONALE BASE + SUPPLEMENTARE</b>				
Massimale per sinistro Polizza Supplementare Euro 15.500,00				
Aree professionali	<b>BC</b>	103,29	<b>BD</b>	77,46
Quadri Direttivi	<b>BE</b>	129,11	<b>BF</b>	103,30
Massimale per sinistro Polizza Supplementare Euro 26.000,00				
Aree professionali	<b>BG</b>	139,44	<b>BH</b>	103,31
Quadri Direttivi	<b>BI</b>	165,27	<b>BL</b>	129,12
<b>POLIZZA TUTELA GIUDIZIARIA</b>	<b>TA</b>	25,81	<b>TB</b>	12,91
<b>COMBINAZIONI POLIZZE CON SCONTO 10%</b>	<b>CODICE</b>	<b>PREMIO €</b>	<b>CODICE</b>	<b>PREMIO €</b>
<b>POLIZZA PROFESSIONALE BASE + TUTELA GIUDIZIARIA</b>				
Aree professionali	<b>TC</b>	46,46	<b>TD</b>	34,85
Quadri Direttivi	<b>TE</b>	69,71	<b>TF</b>	58,10
<b>COMBINAZIONI POLIZZE CON SCONTO 5%</b>	<b>CODICE</b>	<b>PREMIO €</b>	<b>CODICE</b>	<b>PREMIO €</b>
<b>POLIZZA PROFESSIONALE BASE + SUPPLEMENTARE + TUTELA GIUDIZIARIA</b>				
Massimale per sinistro Polizza Supplementare Euro 15.500,00				
Aree professionali	<b>SE</b>	122,64	<b>SF</b>	85,85
Quadri Direttivi	<b>SG</b>	147,17	<b>SH</b>	110,40
Massimale per sinistro Polizza Supplementare Euro 26.000,00				
Aree professionali	<b>SI</b>	156,99	<b>SL</b>	110,41
Quadri Direttivi	<b>SM</b>	181,53	<b>SN</b>	134,93



### SCHEDA DI ADESIONE ALLA FISAC CGIL

Il sottoscritto aderisce al Sindacato FISAC CGIL ed autorizza la propria Azienda a trattenere dalla sua retribuzione, fino a revoca, l'importo del contributo sindacale nelle misure e con le modalità che verranno segnalate alla Direzione dell'Azienda dalla FISAC/CGIL direttamente o tramite la competente Associazione delle Aziende. La presente autorizzazione annulla e sostituisce ogni precedente.

Cognome e nome ..... cf.....  
 Indirizzo privato: Via/ Piazza ..... civico .....  
 Cap ..... Città ..... prov. ....  
 Azienda ..... Sede/Filiale/Agenzia .....  
 Titolo studio posseduto ..... anno di assunzione ..... attuale inquadramento.....  
 Firma (leggibile) .....

#### DICHIARAZIONE CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto.....esprime consenso ex ar. 11, 12, 20 e 22 Legge 675/96 al trattamento dei propri dati personali, come individuato dall'art. 1, 2° coma, lettera b e fermo il rispetto dell'art. 8 Legge 300/70, necessario per l'adempimento degli obblighi attinenti alla trattenuta della quota sindacale, al versamento al sindacato indicato, nonché alla loro comunicazione, nei limiti delle leggi vigenti ed ai sensi dei relativi accordi contrattuali, anche allo scopo di fruizione di altri diritti sindacali quali permessi retribuiti e non retribuiti, di aspettative totali e parziali, in relazione alle cariche sindacali eventualmente ricoperte e di servizi di assistenza e tutela riservata agli iscritti

Data.....

Firma (leggibile).....



## LETTERA DI ADESIONE ALLE POLIZZE ASSICURATIVE 2011

(per evitare errate interpretazioni si prega compilare in stampatello o con macchina da scrivere)

**Spettabile**  
**UNIPOL ASSICURAZIONI**  
**Agenzia di Ancona**  
**Via XXIX settembre, 2**  
**60122 ANCONA**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
dipendente dell'Azienda \_\_\_\_\_  
sportello di \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

presa visione degli estratti di polizza **aderisce ad una delle proposte di assicurazione** appositamente stipulate con la UNIPOL ASSICURAZIONI AGENZIA di ANCONA, di cui accetta le particolari condizioni di garanzia, che dichiara di conoscere ed accettare espressamente.

**CODICE DI POLIZZA SCELTA E/O COMBINAZIONE RICHIESTA:** \_\_\_\_\_

(consultare tavole di riepilogo costi, combinazioni, sconti)

**PREMIO CORRISPONDENTE:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegato: copia bonifico bancario –



**POLIZZA DEL CASSIERE 2011**  
**per dipendenti**  
**- BANCA POPOLARE ANCONA SPA -**  
**- CARIFANO SPA -**

Ferme tutte le Condizioni che regolano la Polizza del Cassiere, premesso che presso la Banca Popolare di Ancona e la Carifano esiste una 'Associazione degli Operatori di Sportello della Banca Popolare di Ancona e della Carifano (in seguito denominata Associazione), con proprio fondo di garanzia, così disciplinato:

*“L'Associazione assumerà a proprio carico le differenze di cassa che dovessero verificarsi secondo i seguenti limiti massimi di risarcimento. Il limite massimo di risarcimento a carico dell'Azienda in favore di ogni cassiere è pari a Euro 2.583,00 per evento, con un limite massimo di Euro 5.165,00 per ciascun anno solare, indipendentemente dal numero di ammanchi verificatisi e denunciati. Entro il massimale di cui al presente comma, il risarcimento per ciascun evento viene effettuato con la franchigia del 20%, con un minimo di Euro 78,00 ed un massimo di Euro 156.00. I risarcimenti previsti dal presente articolo non avranno luogo per ammanchi o perdite dovute a fatto penalmente perseguibile, a negligenza, colpa grave, infedeltà o dolo.”*

che detto fondo viene considerato ai sensi della Polizza del Cassiere come “altra assicurazione”, l'adesione alla presente copertura, limitatamente ai dipendenti della Banca Popolare di Ancona e della Carifano, viene regolamentata secondo una delle seguenti opzioni:

**Codice CA 1 - Premio annuo € 60,00**

**Codice CB 1 - Premio per inclusioni dal 1/7/2011 al 31/12/2011 € 48,00**

Ferme le franchigie così come indicate nelle Condizioni della Polizza del Cassiere, verranno risarcite le somme che, per esaurimento o superamento in eccedenza del massimale stabilito dal fondo dell'Associazione, non rientrano nella copertura prevista da detto fondo. Resta inteso che il massimo esborso per anno e per sinistro della presente copertura non potrà eccedere la somma di Euro 6.000,00.

**Codice CA 2 - Premio annuo € 25,00**

Ferme la franchigie così come indicate nelle Condizioni della Polizza del Cassiere e stabilito in Euro 6.000,00 il massimale per anno assicurativo e per persona indipendentemente dal numero dei sinistri verificatisi, verranno risarcite fino ad un massimale di Euro 2.583,00 per sinistro le somme che per esaurimento per precedenti sinistri accaduti nello stesso anno del massimale annuo stabilito dall'accordo dell'Associazione, non rientrano nella copertura prevista da detto fondo.

**Attenzione**

A maggior precisazione si ricorda che al sinistro o alla quota di sinistro coperta da una delle opzioni sopra descritte verranno applicate da parte dell'Assicurazione le franchigie indicate nel paragrafo “Polizza del cassiere” indipendentemente dalle franchigie applicate dall'Associazione.

Una copia della scheda di adesione alla polizza e del bonifico andranno inviate anche alla FISAC/CGIL Marche di Ancona (fax 071/2071763)

# CONTRIBUTO DISABILI ANNO 2011

**I beneficiari del contributo disabili (personale in servizio o ex dipendenti passati al Fondo di Solidarietà o in quiescenza) devono presentare entro il corrente mese di dicembre la domanda alla Direzione Risorse Umane. Di seguito la corrispondente richiesta.**



Spettabile  
Banca Popolare di Ancona Spa  
Direzione Generale  
Via Don Battistoni, 4  
60035 JESI

Oggetto: Richiesta contributo.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
il \_\_\_\_\_ Cod.Fisc. \_\_\_\_\_  
e residente nel comune:  
di \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_

trovandosi nella situazione di portatore di handicap, in condizione di gravità, con carattere di permanenza, così come certificato dalla Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità civile, delle condizioni visive e del sordomutismo della A.S.L. di propria competenza, di cui si allega copia conforme, e tutt'ora vigente, chiede a codesto spett/le Istituto la possibilità di avere un contributo economico a sostegno degli oneri che gli derivano dalla situazione in cui versa.

Il sottoscritto dichiara altresì che il reddito dichiarato ai fini IRPEF per l'anno 2009 ammonta a € \_\_\_\_\_ e che il proprio nucleo familiare è costituito come dall'allegato stato di famiglia.

Con la presente comunicazione il sottoscritto, dichiara sotto la propria personale responsabilità, di essere consapevole che in caso di false dichiarazioni, potrà incorrere nelle sanzioni, penali e civili, previste dalla leggi vigenti.

In fede:

Data: \_\_\_\_\_ firma  
: \_\_\_\_\_

Allegati:  
c.s.



# POLIZZA SANITARIA MODULO 'A'

per 'registrarsi' la prima volta al fine di godere delle prestazioni,  
per estendere la copertura ai propri famigliari (coniuge e figli) o  
per cancellare successivamente il precedente inserimento

**FISOC** BANCA POPOLARE  
DI ANCONA

"MODULO A" ( Personale in Servizio)

Spett.le Banca Popolare di Ancona  
Ufficio Gestione Risorse 3601

Il/la sottoscritto/a ..... n. matr. .... appartenente al  
personale della Banca Popolare di Ancona in servizio presso l'unità organizzativa di..... cod. ....  
nato/a a ..... il ..... residente in Via .....  
Cap ..... Comune ..... Prov. .... codice fiscale .....

chiede di essere iscritto alla CASDIC e a tal fine **dichiara** sotto la propria responsabilità che i familiari indicati di seguito (**coniuge e figli**)  
sono fiscalmente a carico alla data della presente:

cognome e nome	rapporto di parentela	nato il	indirizzo	cod.fiscale
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Il/la sottoscritto/a chiede l'estensione della copertura assicurativa anche ai familiari fiscalmente non a carico (coniuge e figli nonché  
convivente more uxorio), **conviventi** di seguito indicati:

cognome e nome	rapporto di parentela	nato il	indirizzo	cod.fiscale
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Il/la sottoscritto/a si impegna a rendere nota tempestivamente a codesta Azienda - affinché lo segnali alla CASDIC- ogni variazione alla  
presente comunicazione; e **autorizza**, inoltre, codesta Azienda a trattenere sul proprio cedolino paga l'importo corrispondente ai familiari  
fiscalmente non a carico assicurati, da versare alla CASDIC secondo le modalità dalla stessa indicate.

La presente comunicazione resterà valida anche per gli esercizi successivi a meno che il sottoscritto non intenda modificarla con una  
nuova segnalazione, entro e non oltre, il 31 Dicembre di ogni anno.

Data ..... (A) FIRMA .....

Ricevuta l'informativa ai sensi della legge 31.12.96 n.675 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati  
personali "ACCONSENTO" al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la  
liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente Casdic,  
Newmed spa, Strutture sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo  
che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data ..... (B) FIRMA (\*) .....

(\*) firma di tutti gli assistiti maggiorenni .....

N.B.: PER POTER ESSERE ASSICURATI, IL PRESENTE MODELLO DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI,  
SOTTOSCRITTO:

- AL PUNTO (A) DAL DIPENDENTE
- AL PUNTO (B) DAL DIPENDENTE E DA TUTTI GLI ASSICURATI MAGGIORENNI PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.