

## MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE SINISTRO

Spett.le  
**AON SPA**  
Via ANDREA PONTI 8/10  
20143 MILANO

### DENUNCIA DI SINISTRO

Io sottoscritto/a .....

Residente in ..... CAP .....

Località .....

In servizio presso l'Azienda di Credito .....

Sede/filiale ..... **IBAN**.....

Tel. Uff. .... Iscritto al Sindacato FABI di .....

Avendo aderito alla Polizza di Responsabilità Civile Cassieri in data .....

### DICHIARO

Che il giorno ..... alla chiusura serale ho riscontrato una differenza di € .....  
dovuta a .....

(specificare le modalità del sinistro che hanno originato la differenza)

Mi impegno inoltre a dare puntuale comunicazione di eventuali riscontri anche dopo l'avvenuta liquidazione.  
Si allega relativa documentazione (come da specifiche sotto riportate).

Luogo ..... firma .....

data ..... .....

**Per la definitiva liquidazione i documenti richiesti dovranno essere inviati al più presto a MEZZO POSTA E/O FAX alla "AON"**  
- **MILANO – Via Andrea Ponti 8/10** - Telefono: 02 87232383 - Fax: 02/45463249 - E-mail: [fabi.aon@aon.it](mailto:fabi.aon@aon.it)

Previo esame ed analisi della pratica, il pagamento degli indennizzi dovuti all'Assicurato verrà effettuato dalla Società Assicuratrice dietro la completa ed obbligatoria presentazione della seguente documentazione. I documenti sono da spedire a mezzo fax o posta **SOLO** dopo aver denunciato il sinistro, nell' "Area Sinistri/ - Area Sinistri FABI, Responsabilità Civile Cassieri" del sito Internet [www.fabi.polizze.it](http://www.fabi.polizze.it)

- A. Denuncia dell'ammanco predisposta dettagliatamente dall'Assicurato . **IL MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (ALLEGATO 1) DEVE TASSATIVAMENTE ESSERE SPEDITO ALLA AON SEDE DI MILANO , A MEZZO FAX O POSTA, ENTRO E NON OLTRE 20 GIORNI DALLA DATA DEL SINISTRO, PENA LA DECADENZA AL DIRITTO DI INDENNIZZO.**
- B. copia del foglio cassa giornaliero dal quale risulta l'ammanco o documento sostitutivo e/o equivalente
- C. dichiarazione su carta intestata dell'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o ufficio Postale, che confermi la mancanza di cassa e l'avvenuta rifusione (**ALLEGATO 2**)
- D. estremi dell'Assicurato necessari a Aon spa per il bonifico bancario di rimborso: numero di C/C - banca di appoggio - cod. ABI e CAB - Agenzia d'appoggio
- E. copia della scheda di adesione personale di polizza per le coperture a singole opzioni
- F. copia dell'avvenuto pagamento del premio di polizza (bonifico a favore di AON e/o FABI)
- G. copia della nota di addebito interna (su conto corrente e/o busta paga), operata dall'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o Ufficio Postale, nei confronti dell'Assicurato
- H. modulo di dichiarazione di non copertura assicurativa predisposto e sottoscritto in originale da un Procuratore da parte dell'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o Ufficio Postale, esclusivamente per importi pari o maggiori a € 250,00 o in alternativa dichiarazione unica con validità annuale (**ALLEGATO 3 / ALLEGATO 3 BIS**)
- I. "RAPPORTO ISPETTIVO" e/o " DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL RAPPORTO ISPETTIVO", solo per importi superiori a € 1.000,00, predisposto su carta intestata dell'Istituto Bancario, Società di Assicurazione o Ufficio Postale e sottoscritta dal Direttore dell'Agenzia/Filiale (documento in originale) (**ALLEGATO 4**)

**Allegato 1**

## **FAC SIMILE DI**

**DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO DI AVVENUTA RIFUSIONE DELL'AMMANCO**  
**(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)**

**Oggetto:**

**ammanco di cassa del ..... di € .....**  
**dipendente .....**

Con la presente si dichiara che il Sig. .... (nome del dipendente), dipendente del  
..... (nome dell'Istituto), ha rifiuto in data odierna l'ammanco  
di cui all'oggetto nel seguente modo:

- in contanti
- con addebito in conto
- trattenute mensili con addebito in conto
- trattenute mensili con addebito in busta paga
- tramite assegno

In fede

(Nome dell'istituto) .....

Filiale di .....

(nome e cognome di un Procuratore) .....

.....  
**(Firma)**

**RISCHIO AMMANCO DI CASSA**  
**FAC SIMILE DI**  
**DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO**  
*(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)*

*Il sottoscritto Istituto Bancario .....*

*Dichiara di  aver  non aver\* istituito o contratto a proprio favore e/o a favore del cassiere polizze, fondi o altri strumenti che permettano il recupero dell'ammanco di cassa rilevato il ..... a carico del cassiere Sig./sig.ra .....*

*In caso affermativo, si precisa che l'ammanco è stato recuperato per €..... in base al seguente strumento:*

.....  
.....  
.....  
.....

*In fede,*

.....  
*(data e luogo)*

.....  
*timbro e firma dell'Istituto Bancario*  
*(indicare estremi del Direttore di Agenzia)*

\* *Barrare la casella interessata*

**Allegato 3**

**RISCHIO AMMANCO DI CASSA**  
**FAC SIMILE DI**  
**DICHIARAZIONE ANNUALE DELL'ISTITUTO BANCARIO**  
*(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)*

*Il sottoscritto Istituto Bancario .....*

*Dichiara che per l'anno 201.. non ha istituito o contratto a proprio favore e/o a favore di tutti i cassieri alle nostre dipendenze, polizze, fondi o altri strumenti che permettano il recupero degli ammanchi di cassa rilevati a carico degli stessi.*

*In fede,*

.....  
*(data e luogo)*

.....  
*timbro dell'Istituto Bancario*  
*firma del Direttore Generale*

**FAC SIMILE DI**  
**DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO**  
**A FIRMA AUTOGRAFA DEL PROCURATORE FIRMATARIO**  
**(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito)**

*Spett.le*  
**AON SPA**  
Via ANDREA PONTI 8/10  
20143 MILANO I

....., - -

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
DEL RAPPORTO ISPETTIVO**

Si attesta che il nostro Servizio Ispettorato non rilascia verbali ispettivi a terzi e che comunque, dai controlli esperiti da questa Agenzia/Filiale/Sede, l'ammancio di cassa del/la Sig./ra ..... di €.....  
avvenuto in data ...../...../201.. è stato causato da (*indicare se CAUSA ACCERTATA o CAUSA PROBABILE*):

.....  
.....  
.....  
.....

La suddetta dichiarazione è rilasciata per gli usi consentiti dalla Legge.

RAGIONE SOCIALE  
DELL'ISTITUTO BANCARIO

Il Direttore d'Agenzia

(Cognome e Nome)

**Allegato 4**

# **FAC SIMILE DI**

**DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO BANCARIO DI ASSUNZIONE A TEMPO NON  
INDETERMINATO**  
*(da redigere su carta intestata dell'Azienda di Credito e sottoscritta dal Direttore  
dell'Agenzia)*

....., li .../.../.....

**Oggetto:**

**ammanto di cassa del ..... di € .....**

**operatore (nome e cognome) .....**

Con la presente si dichiara che il Sig. .... (nome/cognome  
dell'operatore),  
presta servizio presso il nostro Istituto..... (nome  
dell'Istituto), con un rapporto di lavoro a tempo **NON INDETERMINATO**.

Filiale di

.....

(nome e cognome esteso del Direttore e/o Procuratore dell'Agenzia) .....

.....

**(Firma)**

(Firma del Direttore e/o Procuratore dell'Agenzia)

**Allegato 5**