MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE SINISTRO

Spett.le
AON ADVISORY AND SOLUTION S.r.l.
Via Calindri 6
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 E-MAIL alla AON:
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 email/fax o posta.

A. Denuncia dell'ammanco predisposta dettagliatamente dall'Assicurato. **IL MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (ALLEGATO 1) DEVE TASSATIVAMENTE ESSERE SPEDITO ALLA AON 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 Advisory 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 Advisory 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 € 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 €, 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 rifuso 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) .....

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

Allegato 2

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.ra/Sig.re*

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 2027 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

Allegato 3 bis

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 ADVISORY AND SOLUTION S.r.l.
Via Calindri 6
20143 MILANO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL RAPPORTO ISPETTIVO

(data e luogo)

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'ammanco di cassa del/la Sig/.ra ..... di € ..... avvenuto in data _____/_____/2027 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)

(data e luogo)

Oggetto:

ammanco 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