

## 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 E/O FAX alla "AON" - MILANO - Via Calindri 6 - Telefono: 02 87232347 oppure 02/45434227 - [E-mail: fabia.aon@aon.it](mailto:fabia.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'ammancio predisposta dettagliatamente dall'Assicurato . **IL MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO (ALLEGATO 1) DEVE TASSATIVAMENTE ESSERE SPEDITO ALLA AON HEWITT 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'ammancio 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 Hewitt 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 Hewitt 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:

*L/ in contanti*

*Lì con addebito in conto*

*Lì trattenute mensili con addebito in conto*

*Lì trattenute mensili con addebito in busta paga*

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

*.....*

*In caso affermativo, si precisa che l'ammacco 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*

**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 2021 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 ADVISORY  
AND SOLUTION  
S.r.l. Via Calindri  
6 20143 MILANO

**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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2023 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**