

MODULO DI RICHIESTA LIQUIDAZIONE SINISTRO

Spett.le
**AON HEWITT RISK &
CONSULTING**
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 E-MAIL E/O FAX alla "AON" - MILANO - Via Andrea Ponti 8/10 - Telefono: 02 87232383 - Fax: 02/45463249 - E-mail: 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 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'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 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:

- 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 2018 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

....., - -

**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/...../2018 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