

SERVIZI ASSICURATIVI  
P.zza della Vittoria, 12/15  
16121 GENOVA

## DENUNCIA DI SINISTRO R.C. CAPOFAMIGLIA

(PER EVITARE ERRATE INTERPRETAZIONI SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO O CON MACCHINA PER SCRIVERE)

**ASSICURATO** (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

**DOMICILIATO IN** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_ **CITTÀ** \_\_\_\_\_ **PROV.** \_\_\_\_\_

**DIPENDENTE DELLA BANCA** \_\_\_\_\_ **TELEF.UFFICIO** \_\_\_\_\_

**AGENZIA/Filiale** \_\_\_\_\_ **RESPONSABILE SIG.** \_\_\_\_\_

**SINDACATO DI APPARTENENZA** \_\_\_\_\_ **REGIONE** \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO MAIL:** \_\_\_\_\_

**Descrizione** \_\_\_\_\_

### DOCUMENTI PER L'ISTRUZIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO :

1. DENUNCIA DI SINISTRO DEBITAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE
2. FOTOCOPIA TESSERA SINDACALE O DICHIARAZIONE DEL SINDACATO
3. STATO DI FAMIGLIA O AUTOCERTIFICAZIONE
4. RICHIESTA DANNI DEL DANNEGGIATO
5. FATTURA E FOTOGRAFIE DEL DANNO PROVOCATO
6. L'ASSICURATO DEVE DICHIARARE SE E' IN POSSESSO DI ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LO STESSO RISCHIO
7. INDICARE NOMINATIVO CONTROPARTE CON RELATIVO INDIRIZZO, NUMERO TELEFONICO, CODICE FISCALE, COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO

**IMPORTANTE: la denuncia di sinistro deve essere inviata a 1/2 posta, e/o via fax e/o via mail a :**

**RELA BROKER s.r.l. - PIAZZA DELLA VITTORIA, 12/15 - 16121 GENOVA**

**FAX 010/8562298**

**Telefono 010/5761990 (r.a.) - e-mail: [sinistrige@relabroker.it](mailto:sinistrige@relabroker.it)**

**SI RICEVONO TELEFONATE PER I SINISTRI DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE ORE 15,00 ALLE ORE 18,00**

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")  
Con riferimento ai dati sensibili già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro dalla Relabroker s.r.l. dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. e ai sensi degli artt. 23,26 e 43 dello stesso D.Lgs do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione sindacale, della società di assicurazione e della società di brokeraggio assicurativo e resi pubblici solo in modo aggregato. La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità obbligatorie renderà impossibile la stipula del contratto. "

Data \_\_\_\_\_

firma leggibile