

SINDACATO



SERVIZI ASSICURATIVI

P.zza della Vittoria, 12/15 16121 GENOVA

## DENUNCIA DI SINISTRO 2017

( pregasi compilare tutti i campi in stampatello o macchina elettronica)

ASSICURATO (COGNOME E NOME) \_\_\_\_\_

DOMICILIATO IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

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

CODICE IBAN ( per accreditato ) \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DELLA BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA/FILIALE \_\_\_\_\_

TEL. UFFICIO / CELLULARE \_\_\_\_\_ Resp. Sig. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

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

**RICHIESTA DI SINISTRO** (BARRARE LA CASELLA): ● AMMANCO CASSA ● R.C. PERDITE PECUNIARIE

**DOCUMENTI INDISPENSABILI PER L'ISTRUZIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO :**

---

1. DENUNCIA DI SINISTRO DEBITAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE

---

2. DICHIARAZIONE DELL'ISTITUTO SU CARTA INTESTATA DELLA BANCA DOVE SI EVIDENZI L'INTEGRAZIONE DELL'AMMANCO CON FIRMA LEGGIBILE DEL RESPONSABILE

---

3. PER TUTTI I SINISTRI R.C. CASSA DA € 1.000,00 IN SU DICHIARAZIONE DA PARTE DELL'ASSICURATO CON I PRESUNTI MOTIVI CHE HANNO DETERMINATO L'AMMANCO

---

4. COPIA DELLA CHIUSURA DI CASSA (BROGLIACCIO) INERENTE AL GIORNO DELL'AMMANCO O NEL CASO NON SI RILASCIASSE DETTA COPIA A TERZI PRODURRE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

---

5. IN CASO DI AMMANCO DI MONETA DICHIARAZIONE SU CARTA INTESTATA DELLA BANCA CON FIRMA LEGGIBILE DEL DIRETTORE CHE LA MONETA VIENE CONTATA E GESTITA GIORNALMENTE

---

6. COPIA DEL MODULO DI ADESIONE

---

7. COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO PER ADESIONE ALLA POLIZZA

---

8. COPIA TESSERA SINDACALE

---

9. PER SINISTRI R.C. PERDITE PECUNIARIE INVIARE DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA PERDITA

---

NOTA BENE: LE PRATICHE "INCOMPLETE" RESTERANNO IN ATTESA DELLA DOCUMENTAZIONE MANCANTE E SUCCESSIVAMENTE INOLTRATE ALL'UFFICIO SINISTRI

---

**IMPORTANTE** la denuncia di sinistro può essere inviata a ½ posta e/o via fax e/o a mezzo 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 INFORMAZIONI 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 \_\_\_\_\_

---