

ITAL BROKERS S.p.A.
Via Albaro 3, -16145 Genova
Tel.010/3195.1
E-mail sinistribancario2019@italbrokers.it

SINDACATO DI APPARTENENZA

Sigla:

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA GLOBALE DEL BANCARIO
UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

IL PRESENTE MODULO, CON LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA, È DA INVIARE PER VIA POSTALE O VIA E-MAIL
NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE LA DOCUMENTAZIONE INVIATA VIA FAX
(per evitare errate interpretazioni si prega di compilare in stampatello)

ASSICURATO			
Indirizzo			n°
CAP	Città	Prov.	

C.F. _____ Tel. Ufficio _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DI SINISTRO **AMMANCO DI CASSA**

FORMA DI ASSICURAZIONE SCELTA

IPOTESI [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13]

DATA e breve descrizione dell'evento

DOCUMENTI INDISPENSABILI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DENUNCIA
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA AMMANCHI DI CASSA

1. Lettera **IN ORIGINALE SU CARTA INTESTATA** rilasciata dall'Istituto di Credito nella quale devono essere riportate le dichiarazioni che è stato riscontrato un ammanco di cassa e che l'ammanco è stato reintegrato dall'Assicurato anche se in forma rateizzata ovvero che lo stesso è stato accantonato provvisoriamente a partite varie in attesa di reintegro. Nella lettera andranno anche indicati i dati del Cassiere (Cognome e Nome, qualifica), la data nella quale è stato riscontrato l'ammanco, l'importo dello stesso e le modalità del reintegro. La lettera dovrà essere firmata dal **RESPONSABILE DI SEDE O FILIALE e/o UFFICIO DEL PERSONALE**
2. Copia (LEGGIBILE) del bonifico effettuato per l'adesione alla Polizza Convenzione.
3. Copia (LEGGIBILE) del modulo di adesione alla Polizza Convenzione.
4. Copia del verbale di cassa o statino di cassa o situazione di cassa e comunque documento contabile ove siano evidenziati, **A STAMPA**, l'importo dell'ammanco e la data dello stesso. Sulla copia del documento andrà posto timbro e firma **IN ORIGINALE** del Responsabile di Sede o Filiale.
5. Prova del reintegro.
6. È DIRITTO DELLA COMPAGNIA DI RICHIEDERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE ISTRUTTORIA

PER LE ALTRE GARANZIE SARA' SUFFICIENTE LA PRESENTE DENUNCIA CON DESCRIZIONE DELL'EVENTO,
SUCCESSIVAMENTE VERRA' RICHIESTA LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE.

Per tutte le garanzie di polizza, con esclusione della garanzia Infortuni, esistono altre coperture assicurative?
[SI] [NO]

Coordinate bancarie dell'Assicurato:

BANCA	AGENZIA/FILIALE		
C/C	ABI	CAB	IBAN

Acconsento, ai sensi dell'art. 13 – D. lgs 196/2003, al trattamento dei miei dati personali. Tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Titolare del trattamento dei dati è la società UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado, 45 -40128 Bologna.

Data _____

Firma _____

ITAL BROKERS S.p.A.
Via Albaro 3, -16145 Genova
Tel.010/3195.1
E-mail sinistribancario2019@italbrokers.it

SINDACATO DI APPARTENENZA

Sigla:

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA GLOBALE DEL BANCARIO
UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

IL PRESENTE MODULO, CON LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA, È DA INVIARE PER VIA POSTALE O VIA E-MAIL
NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE LA DOCUMENTAZIONE INVIATA VIA FAX
(per evitare errate interpretazioni si prega di compilare in stampatello)

ASSICURATO			
Indirizzo			n°
CAP	Città	Prov.	

C.F. _____ Tel. Ufficio _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DI SINISTRO **INFORTUNI**
FORMA DI ASSICURAZIONE SCELTA
IPOTESI [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13]
DATA e breve descrizione dell'evento

DOCUMENTI INDISPENSABILI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DENUNCIA
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INFORTUNI

1. Dichiarazione dell'avvenuto infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinano
2. Copia (LEGGIBILE) del bonifico effettuato per l'adesione alla Polizza Convenzione.
3. Copia (LEGGIBILE) del modulo di adesione alla Polizza Convenzione.
4. certificato medico/ pronto soccorso o da cartella clinica in caso di ricovero
5. Successivamente dovranno essere inviati i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni.
6. E' facoltà della Compagnia richiedere ulteriore documentazione.

Coordinate bancarie dell'Assicurato:

BANCA _____ AGENZIA/FILIALE _____
C/C _____ ABI _____ CAB _____ IBAN _____

Acconsento, ai sensi dell'art. 13 – D. lgs 196/2003, al trattamento dei miei dati personali. Tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.
Titolare del trattamento dei dati è la società UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado, 45 -40128 Bologna.

Data _____ **Firma** _____

ITAL BROKERS S.p.A.
Via Albaro 3, -16145 Genova
Tel.010/3195.1
E-mail sinistribancario2019@italbrokers.it

SINDACATO DI APPARTENENZA

Sigla:

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA GLOBALE DEL BANCARIO
UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

IL PRESENTE MODULO, CON LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA, È DA INVIARE PER VIA POSTALE O VIA E-MAIL
NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE LA DOCUMENTAZIONE INVIATA VIA FAX
(per evitare errate interpretazioni si prega di compilare in stampatello)

ASSICURATO			
Indirizzo			n°
CAP	Città	Prov.	

C.F. _____ Tel. Ufficio _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DI SINISTRO **PERDITA PATRIMONIALE**

FORMA DI ASSICURAZIONE SCELTA

IPOTESI [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13]

DATA e breve descrizione dell'evento

DOCUMENTI INDISPENSABILI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DENUNCIA
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA PERDITA PATRIMONIALE

1. Dichiarazione dettagliata da lei redatta
2. Copia (LEGGIBILE) del bonifico effettuato per l'adesione alla Polizza Convenzione.
3. Copia (LEGGIBILE) del modulo di adesione alla Polizza Convenzione.
4. STAMPA DELLE VARIE OPERAZIONI, ESTRATTI CONTO DEL GIORNO e tutta la documentazione della Banca dove si possa rilevare l'irregolarità o quanto successo
5. Richiesta di risarcimento
6. Denuncia su carta intestata della Banca con firma leggibile del Responsabile della stessa
7. Prova del reintegro.
8. È DIRITTO DELLA COMPAGNIA DI RICHIEDERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE ISTRUTTORIA

Per tutte le garanzie di polizza, con esclusione della garanzia Infortuni, esistono altre coperture assicurative?
[SI] [NO]

Coordinate bancarie dell'Assicurato:

<u>BANCA</u>	<u>AGENZIA/FILIALE</u>
<u>C/C</u>	<u>ABI CAB IBAN</u>

Acconsento, ai sensi dell'art. 13 – D. lgs 196/2003, al trattamento dei miei dati personali. Tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Titolare del trattamento dei dati è la società UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado, 45 -40128 Bologna.

Data _____ Firma _____

ITAL BROKERS S.p.A.
Via Albaro 3, -16145 Genova
Tel.010/3195.1
E-mail sinistribancario2019@italbrokers.it

SINDACATO DI APPARTENENZA

Sigla:

DENUNCIA DI SINISTRO SU POLIZZA GLOBALE DEL BANCARIO
UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

IL PRESENTE MODULO, CON LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA, È DA INVIARE PER VIA POSTALE O VIA E-MAIL
NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE LA DOCUMENTAZIONE INVIATA VIA FAX
(per evitare errate interpretazioni si prega di compilare in stampatello)

ASSICURATO			
Indirizzo			n°
CAP	Città	Prov.	

C.F. _____ Tel. Ufficio _____ Fax _____ e-mail _____

TIPO DI SINISTRO **R.C.CAPOFAMIGLIA**

FORMA DI ASSICURAZIONE SCELTA

IPOTESI [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13]

DATA e breve descrizione dell'evento

DOCUMENTI INDISPENSABILI DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DENUNCIA
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA R.C. CAPOFAMIGLIA

1. Denuncia dettagliata del sinistro, dove si specifica la dinamica, data, ora e luogo.
2. Copia (LEGGIBILE) del bonifico effettuato per l'adesione alla Polizza Convenzione.
3. Copia (LEGGIBILE) del modulo di adesione alla Polizza Convenzione.
4. Richiesta danni ricevuta dalla Controparte
5. Dati completi della Controparte
6. Eventuale preventivo o fatture di riparazione del danno
7. foto del danno
8. È DIRITTO DELLA COMPAGNIA DI RICHIEDERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE ISTRUTTORIA

Per tutte le garanzie di polizza, con esclusione della garanzia Infortuni, esistono altre coperture assicurative?
[SI] [NO]

Coordinate bancarie dell'Assicurato:

BANCA

AGENZIA/FILIALE

C/C

ABI

CAB

IBAN

Acconsento, ai sensi dell'art. 13 – D. lgs 196/2003, al trattamento dei miei dati personali. Tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Titolare del trattamento dei dati è la società UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Via Stalingrado, 45 -40128 Bologna.

Data

Firma