

ITAL BROKERS S.p.A.
Via Albaro 3, -16145 Genova
Tel.010/3195.1
E-mail sinistribancario2024@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 _____

Acconto, ai sensi degli artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679, 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 _____