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

#  DENUNCIA DI SINISTRO 2022

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

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

## DOMICILIATO IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTA’\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV.\_\_\_\_\_\_

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

**CODICE IBAN ( per accredito ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

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

**SINDACATO DI APPARTENENZA: FABI REGIONE LIGURIA**

**Richiesta di sinistro** (barrare la casella):    **🞏** **AMMANCO CASSA   🞏 R.C. PERDITE PATRIMONIALI**

**Documenti indispensabili per l’istruzione della pratica di rimborso**

|  |
| --- |
| 1. **denuncia di sinistro debitamente compilata in ogni sua parte**
2. **per tutti i sinistri r.c. cassa da € 1.000,00 in su dichiarazione da parte dell’assicurato con i presunti motivi che hanno deternato l’ammanco**
3. **copia della chiusura di cassa (brogliaccio) inerente al giorno dell’ammanco o nel caso non si rilasciasse detta copia a terzi produrre dichiarazione sostitutiva della banca**
4. **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**
5. **copia del modulo di adesione 2022**
6. **copia del bonifico effettuato per adesione alla polizza 2022**
7. **copia tessera sindacale**
8. **per sinistri r.c. perdite patrimoniali 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****si ricevono telefonate per informazioni sinistri dal lunedi’ al venerdi’ dalle ore 15,00 alle ore 18,00** |
| **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI****Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente Rela Broker s.r.l. con sede legale in Piazza della Vittoria, 12/15, 16121 Genova (GE), in qualità di titolare del trattamento, informa che i Suoi dati personali e quelli appartenenti alle categorie particolari di dati personali – art. 9 del RGDP (dati personali che rivelino l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, dati relativi alla salute) già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro da Rela Broker s.r.l. con riferimento ai rapporti instaurati saranno oggetto di trattamento nel rispetto del RGDP sopra richiamato. Io sottoscritto, letta e compresa l’informativa completa ai sensi dell’articolo 13 del RGDP, presente all’indirizzo** [**www.relabroker.it/privacy**](http://www.relabroker.it/privacy)**, 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 in modo aggregato.****La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità obbligatorie renderà impossibile la liquidazione della pratica.** **□ ACCONSENTO □ NON ACCONSENTO** **Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |