

**ITAL BROKERS S.p.A.**  
**Via Albaro 3, -16145 Genova**  
**Tel.010/3195.1**  
**E-mail [sinistrbancario2022@italbrokers.it](mailto:sinistrbancario2022@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)

<b>ASSICURATO</b>			
<b>Indirizzo</b>			n°
<b>CAP</b>	<b>Città</b>	<b>Prov.</b>	

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:

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

Acconsento, 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** \_\_\_\_\_