

DENUNCIA DI SINISTRO R.C. CAPOFAMIGLIA

(PER EVITARE ERRATE INTERPRETAZIONI SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO O CON MACCHINA PER SCRIVERE)

ASSICURATO (Cognome e Nome) _____

DOMICILIATO IN _____ CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

DIPENDENTE DELLA BANCA _____ TELEF.UFFICIO _____

AGENZIA/Filiale _____ RESPONSABILE SIG. _____

SINDACATO DI APPARTENENZA _____ REGIONE _____

Descrizione _____

DOCUMENTI PER L'ISTRUZIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO :

1. DENUNCIA DI SINISTRO DEBITAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE
2. FOTOCOPIA TESSERA SINDACALE O DICHIARAZIONE DEL SINDACATO
3. EVENTUALE RICHIESTA DANNI DEL DANNEGGIATO
4. EVENTUALE PREVENTIVO E/O FATTURA DEL DANNO PROVOCATO
5. L'ASSICURATO DEVE DICHIARARE SE E' IN POSSESSO DI ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LO STESSO RISCHIO

IMPORTANTE la denuncia di sinistro deve essere inviata a ½ posta e/o via fax a :

RELA BROKER s.r.l. - PIAZZA DELLA VITTORIA, 12/15 - 16121 GENOVA

FAX ► 010/5764810 ► 010/543036

Telefono 010/5761990 (r.a.) - e-mail rela@relabroker.it

**LE INFORMAZIONI RELATIVE AI SINISTRI VERRANNO FORNITE TELEFONANDO
DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE ORE 15,00 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 Relabrokers.r.l. dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'Art. 13 della Legge e do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione sindacale e della società di assicurazione e resi pubblici solo in modo aggregato.

data _____

firma leggibile _____