

Inviare per e-mail all'indirizzo  
[convenzionefisac@assicooptoscana.it](mailto:convenzionefisac@assicooptoscana.it)  
oppure a mezzo fax al numero 055.9900022

entro 15 giorni dal sinistro

Spett.le UnipolSai Assicurazioni  
Assicoop Toscana S.p.a.  
Via Benedetto Dei 19  
50127 Firenze

### SCHEDA DENUNCIA SINISTRO

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ iscritto alla Fisac/Cgil di \_\_\_\_\_  
in servizio presso Banca \_\_\_\_\_  
ufficio dipendenza di \_\_\_\_\_  
tel. uff \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ privato \_\_\_\_\_  
combinazione pagata \_\_\_\_\_ data bonifico \_\_\_\_\_  
dichiara di aver riscontrato nella giornata del \_\_\_\_\_ un ammanco di cassa  
dell'importo di Euro \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
di cui chiede il rimborso.

**Inoltre invierò i seguenti documenti via fax/e-mail appena possibile:**

1. denuncia dell'ammanco predisposta dettagliatamente dall'Assicurato;
2. copia del foglio di cassa giornaliero dal quale risulta l'ammanco o documento sostitutivo e/o equivalente;
3. dichiarazione su carta intestata dell'Azienda di appartenenza, che confermi la mancanza di cassa e l'avvenuta refusione;
4. copia della scheda individuale di adesione sottoscritta;
5. copia dell'avvenuto pagamento del premio di polizza (bonifico effettuato sul conto corrente bancario della Assicoop Toscana S.p.a.);
6. copia della nota di addebito interna (su conto corrente), operata dalla Azienda di appartenenza nei confronti dell'Assicurato;
7. ogni altro documento utile alla Compagnia.

**Eventuali comunicazioni:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Coordinate bancarie per il risarcimento (in alternativa verrà inviato Assegno di Traenza):**

Banca \_\_\_\_\_ agenzia \_\_\_\_\_ Conto corrente n° \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma assicurato \_\_\_\_\_

**Timbro dipendenza e firma responsabile**  
\_\_\_\_\_

**Assicoop Toscana S.p.a.**  
Via Benedetto Dei 19 – 50127 Firenze  
Tel. 055.496226 – Fax 055.9900022