

Inviare per e-mail all'indirizzo
convenzionefisac@assicooptoscana.it
oppure a mezzo fax al numero 055.9900022
entro 15 giorni dal sinistro

Spett.le Unipol Assicurazioni
Assicoop Toscana S.p.a.
Viale de Amicis, 201
50137 Firenze

SCHEDA DENUNCIA SINISTRO – AMMANCHI DI CASSA

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

Inviare per e-mail all'indirizzo
convenzionefisac@assicooptoscana.it
oppure a mezzo fax al numero 055.9900022
entro 15 giorni dal sinistro

Spett.le Unipol Assicurazioni
Assicoop Toscana S.p.a.
Viale de Amicis, 201
50127 Firenze

SCHEDA DENUNCIA SINISTRO – RC PROFESSIONALE

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 _____ una perdita patrimoniale
dell'importo di Euro _____ (_____)
di cui chiede il rimborso.

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

1. denuncia della perdita patrimoniale predisposta dettagliatamente dall'Assicurato;
2. documentazione comprovante l'operazione che ha procurato la perdita;
3. dichiarazione su carta intestata dell'Azienda di appartenenza, che confermi la perdita patrimoniale 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

Inviare per e-mail all'indirizzo
convenzionefisac@assicooptoscana.it
oppure a mezzo fax al numero 055.9900022
entro 15 giorni dal sinistro

Spett.le Unipol Assicurazioni
Assicoop Toscana S.p.a.
Viale de Amicis, 201
50127 Firenze

SCHEDA DENUNCIA SINISTRO – TUTELA LEGALE

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 con la presente di voler attivare la copertura di Tutela Legale.

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

1. denuncia predisposta dettagliatamente dall'Assicurato: data di avvenimento, descrizione del fatto e indicazione delle pretese/contestazioni proprie e/o di controparte;
2. dati del legale che si intende incaricare
3. copia della scheda individuale di adesione sottoscritta;
4. copia dell'avvenuto pagamento del premio di polizza (bonifico effettuato sul conto corrente bancario della Assicoop Toscana S.p.a.);
5. 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
