

POLIZZA RC PATRIMONIALE DIRIGENTI SCOLASTICI E DSGA**AIG IFL0002743**

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto a OneBroker a mezzo mail all'indirizzo sinistri@cislscuola.onebroker.it entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 c.c. o in ogni caso entro il maggior termine purché lo stesso non comporti pregiudizio all'assicuratore.

L'assicurato dovrà trasmettere la denuncia di sinistro anche alle altre compagnie di assicurazione ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Dovranno essere allegati:

- modulo di denuncia compilato e sottoscritto completo della descrizione dettagliata dell'accaduto con indicazione del luogo, giorno ed ora;
- copia documento di riconoscimento e codice fiscale e/o tessera sanitaria;
- copia fronte-retro tessera CISL Scuola o in assenza copia autorizzata trattenuta della quota associativa;
- richiesta di risarcimento (scritta) pervenuta dalla controparte e relativa documentazione;
- copia verbale delle Autorità, se intervenute.

POLIZZA RC PATRIMONIALE DIRIGENTI SCOLASTICI E DSGA
AIG IFLO002743
MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

DA INVIARE COMPLETO IN TUTTE LE SUE PARTI A: sinistri@cislscuola.onebroker.it

IO SOTTOSCRITTA/O _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ CAP _____

VIA _____ N _____

ISTITUTO O SCUOLA OVE SVOLGE L'ATTIVITÀ _____

POSTA ELETTRONICA _____

CELLULARE _____ TEL _____

DOCUMENTI NECESSARI:

- Descrizione dettagliata dell'accaduto
- Copia documento di riconoscimento e codice fiscale e/o tessera sanitaria
- Copia fronte retro tessera CISL Scuola o in assenza copia autorizzata trattenuta della quota associativa
- Richiesta di risarcimento (scritta) pervenuta dalla controparte e relativa documentazione
- Copia verbale delle Autorità, se intervenute

DATI SINISTRO

DATA DEL SINISTRO _____ ORA DEL SINISTRO _____

LUOGO DEL SINISTRO _____

DESCRIZIONE DEL SINISTRO

DANNI A COSE

DANNI A PERSONE

DANNI PATRIMONIALI

PERSONA DANNEGGIATA

COGNOME _____

NOME _____

RESIDENTE A _____ PROV _____ CAP _____

VIA _____ N _____

RECAPITO TELEFONICO _____

LUOGO E DATA

FIRMA ASSICURATO
