Federazione **A**utonoma **B**ancari **I**taliani
Sindacato Autonomo Bancari di Lecco e Provincia
Via Rivolta, 11 - 23900 LECCO Tel. 0341363174 - Fax 0341362110
e-mail: sab.lc@fabi.it *sito web: www.fabilecco.it*

La denuncia corredata dalla documentazione dovrà essere inoltrata a: ESSEBI INSURANCE BROKER S.R.L. mail info@essebibroker.it e per conoscenza a Fabi Lecco mail sab.lc@fabi.it
Per chiarimenti i numeri telefonici di Essebi Broker Tel 051-521283 Fax 051-521928

COGNOME	
NOME	
SINDACATO DI APPARTENENZA	

SINISTRO RC PROFESSIONALE DEL / / DI €

DOCUMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE:

- ☐ Denuncia di sinistro sottoscritta dall'interessato
- ☐ Documenti relativi al sinistro RC Professionale (Mail, Estratti Conto)
- ☐ Dichiarazione della Banca inerente la modalità del sinistro
- ☐ Copia scheda di adesione e relativa contabile del bonifico effettuato a S&B EsseBi Insurance Broker S.r.l.

NOME BANCA e FILIALE	
TELEFONO e FAX	

NOTE:

Federazione **A**utonoma **B**ancari **I**taliani
Sindacato Autonomo Bancari di Lecco e Provincia
Via Rivolta, 11 - 23900 LECCO Tel. 0341363174 - Fax 0341362110
e-mail: sab.lc@fabi.it *sito web: www.fabilecco.it*

La denuncia corredata dalla documentazione dovrà essere inoltrata a: ESSEBI INSURANCE BROKER S.R.L. mail info@essebibroker.it e per conoscenza a Fabi Lecco mail sab.lc@fabi.it
Per chiarimenti i numeri telefonici di Essebi Broker Tel 051-521283 Fax 051-521928

IO SOTTOSCRITTA/O .....

RESIDENTE A ..... PROV ..... CAP .....

VIA ..... N .....

IN SERVIZIO PRESSO L'ISTITUTO DI CREDITO .....

FILIALE ..... TEL. UFFICIO ..... FAX .....

COORDINATE BANCARIE: BANCA .....

IBAN .....

ISCRITTO AL SINDACATO FABI DI .....

ED AVENDO ADERITO ALLA POLIZZA ..... IN DATA .....

DICHIARO

che in data ..... è accaduto .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente, anche successivamente alla liquidazione, eventuali riscontri/recuperi inerenti la presente denuncia di sinistro.

LUOGO E DATA FIRMA DELL'ASSICURATO

....