



RICHIESTA DI INDENNIZZO

Polizza Globale/Multiexport

ASSICURATO

Ragione sociale _____

Numero di polizza _____

DEBITORE

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Città/Stato _____ ZIP _____

Telefono _____ Fax _____

Altre informazioni utili _____

Importo complessivo scaduto _____

Importo complessivo dovuto _____

Data invio denuncia di mancato incasso _____

Documenti da allegare (se non inviati) :

Estratto conto
 Copia fatture & note di credito
 Copia delle Condizioni Generali di Vendita
 Copia effetti insoluti/protestati
 Copia bolle di consegna
 Copia ordini e relative conferme
 Rapporto informativo giustificativo delle forniture in latitudine

Conto della perdita/Calcolo dell'indennizzo: Totale credito insoluto
 Valore merci recuperate
 Somme recuperate
 Quote concordatarie
 Somme riconosciute al Debitore
 Garanzie Intermediario
 Provvigioni non erogate
 Totale

Si prega di includere ogni rilevante comunicazione con il debitore.

Roma, il / /

Timbro e firma dell'Assicurato/mandante

■ GRUPPO SACE

SACEBT S.p.A.
 Piazza Poli 42
 00187 Roma