



SINDACATO

**DENUNCIA DI SINISTRO 2023**(pregasi compilare tutti i campi in stampatello)

ASSICURATO (Cognome e Nome) _____

DOMICILIATO IN _____ CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

CODICE IBAN (per accredito) _____

DIPENDENTE DELLA BANCA _____ AGENZIA/FILIALE _____

TEL. UFFICIO / CELLULARE _____ Resp. Sig. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

SINDACATO DI APPARTENENZA _____ REGIONE _____

RICHIESTA DI SINISTRO (BARRARE LA CASELLA): AMMANCO CASSA R.C. PERDITE PATRIMONIALI**DOCUMENTI INDISPENSABILI PER L'ISTRUZIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO :**

1. DENUNCIA DI SINISTRO DEBITAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE
2. PER TUTTI I SINISTRI R.C. CASSA DA € 1.000,00 IN SU DICHIARAZIONE DA PARTE DELL'ASSICURATO CON I PRESUNTI MOTIVI CHE HANNO DETERMINATO L'AMMANCO
3. COPIA DELLA CHIUSURA DI CASSA (BROGLIACCIO) INERENTE AL GIORNO DELL'AMMANCO O NEL CASO NON SI RILASCIASSE DETTA COPIA A TERZI PRODURRE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLA BANCA
4. IN CASO DI AMMANCO DI MONETA DICHIARAZIONE SU CARTA INTESTATA DELLA BANCA CON FIRMA LEGGIBILE DEL DIRETTORE CHE LA MONETA VIENE CONTATA E GESTITA GIORNALMENTE
5. COPIA DEL MODULO DI ADESIONE
6. COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO PER ADESIONE ALLA POLIZZA
7. COPIA TESSERA SINDACALE
8. PER SINISTRI R.C. PERDITE PATRIMONIALI INVIARE DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LA PERDITA NOTA BENE: LE PRATICHE "INCOMPLETE" RESTERANNO IN ATTESA DELLA DOCUMENTAZIONE MANCANTE E SUCCESSIVAMENTE INOLTRATE ALL'UFFICIO SINISTRI

IMPORTANTE: la denuncia di sinistro può essere inviata a ½ posta e/o via fax e/o a mezzo mail a:**G.M. Assicurazioni Srl – Via Cucca n. 6 – 25127 BRESCIA****FAX 030/222019****Telefono 030/222013 (ra) – e-mail: anna.attolico@gmassicurazioni.it****SI RICEVONO TELEFONATE PER INFORMAZIONI SINISTRI DAL LUNEDI' AL VENERDI'
DALLE ORE 8:30 ALLE 14:30 E DALLE 14:00 ALLE ORE 17:00****AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI**

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente G.M. Assicurazioni s.r.l. con sede legale in Via Cucca n. 6, Brescia (BS), in qualità di titolare del trattamento, informa che i Suoi dati personali e quelli appartenenti alle categorie particolari di dati personali – art. 9 del RGDP (dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati relativi alla salute) già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro da G.M. Assicurazioni s.r.l. con riferimento ai rapporti instaurati saranno oggetto di trattamento nel rispetto del RGDP sopra richiamato. Io sottoscritto, letta e compresa l'informativa completa ai sensi dell'articolo 13 del RGDP, presente all'indirizzo www.gmassicurazioni.it/privacy do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione Sindacale; della Società di Assicurazione e della G.M. Assicurazioni S.r.l. e resi pubblici in modo aggregato. La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità obbligatorie renderà impossibile la liquidazione della pratica.

- ACCONSENTO
 NON ACCONSENTO

Nome e Cognome _____ Firma _____