

DENUNCIA DI SINISTRO R.C. CAPOFAMIGLIA 2023

(PER EVITARE ERRATE INTERPRETAZIONI SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO)

ASSICURATO (Cognome e Nome) _____

CODICE FISCALE _____

DOMICILIATO IN _____ CAP _____ CITTÀ _____ PROV. _____

DIPENDENTE DELLA
BANCA _____ TELEF.UFFICIO _____

AGENZIA/Filiale _____ RESPONSABILE SIG. _____

SINDACATO DI APPARTENENZA _____ REGIONE _____

INDIRIZZO MAIL: _____

Descrizione _____

DOCUMENTI PER L'ISTRUZIONE DELLA PRATICA DI RIMBORSO :

1. DENUNCIA DI SINISTRO DEBITAMENTE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE
2. FOTOCOPIA TESSERA SINDACALE O DICHIARAZIONE DEL SINDACATO
3. STATO DI FAMIGLIA O AUTOCERTIFICAZIONE
4. RICHIESTA DANNI DETTAGLIATA DEL DANNEGGIATO
5. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL SINISTRO DA PARTE DELL'ASSICURATO
6. FATTURA /PREVENTIVO E FOTOGRAFIE DEL DANNO PROVOCATO
7. L'ASSICURATO DEVE DICHIARARE SE E' IN POSSESSO O NO DI ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LO STESSO RISCHIO
8. INDICARE NOMINATIVO CONTROPARTE CON RELATIVO INDIRIZZO, NUMERO TELEFONICO, CODICE FISCALE, COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO

IMPORTANTE: la denuncia di sinistro deve essere inviata a 1/2 posta, e/o via fax e/o via mail a :

G.M. Assicurazioni Srl. – Via Cucca n. 6 – 25127 BRESCIA

REFERENTE : SIG.RA ANNA ATTOLICO

FAX 030/222019

Telefono 030/222013 (r.a.) - e-mail: anna.attolico@gmassicurazioni.it

**SI RICEVONO TELEFONATE PER I SINISTRI DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE ORE 8,30 ALLE ORE 12,30
DALLE ORE 14,00 ALLE 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 Srl 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 G.M. Assicurazioni Srl e resi pubblici in modo aggregato. La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità obbligatorie renderà impossibile la stipula del contratto.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Nome e Cognome _____

Firma _____