

## DENUNCIA DI SINISTRO TUTELA LEGALE

(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** \_\_\_\_\_

**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. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL SINISTRO DA PARTE DELL'ASSICURATO
3. SCHEDA ADESIONE POLIZZA
4. VERSAMENTO EFFETTUATO PER ADESIONE POLIZZA

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

**G.M. ASSICURAZIONI S.r.l. – VIA CUCCA, 6 – 25127 BRESCIA**

**FAX 030/222019**

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

**SI RICEVONO TELEFONATE PER I SINISTRI DAL LUNEDI'**

**ALVENERDI' DALLE ORE 08:30 -12:30 E DALLE ORE 14:00 -17:30**

### 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, 6, 25127 Brescia, 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](http://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 Società 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 stipula del contratto.

- ACCONSENTO  
 NON ACCONSENTO

**Nome e Cognome** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_