

## 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 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 n. 6, 25127 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](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 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 \_\_\_\_\_