

**DENUNCIA DI SINISTRO 2024****POLIZZA ASSICURATIVA R.C. AMMANCHI DI CASSA - R.C. PERDITE PATRIMONIALI**(pregasi compilare tutti i campi in stampatello)

ASSICURATO (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

DOMICILIATO IN \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CODICE IBAN (per accredito) \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DELLA BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA/FILIALE \_\_\_\_\_

TEL. UFFICIO / CELLULARE \_\_\_\_\_ Resp. Sig. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL \_\_\_\_\_

SINDACATO DI APPARTENENZA **FISAC CGIL** REGIONE \_\_\_\_\_**RICHIESTA DI SINISTRO** (BARRARE LA CASELLA):  AMMANCO CASSA  R.C. PERDITE PATRIMONIALI

Descrizione: \_\_\_\_\_

**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 INOLTRE 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](mailto:anna.attolico@gmassicurazioni.it)**SI RICEVONO TELEFONATE PER INFORMAZIONI SINISTRI DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ****DALLE ORE 08,30 ALLE ORE 12,30 E DALLE ORE 13,30 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, letto 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 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 \_\_\_\_\_