|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | fisac |

**DENUNCIA DI SINISTRO R.C. CAPOFAMIGLIA 2024**

(Per evitare errate interpretazioni si prega di compilare in stampatello)

|  |  |
| --- | --- |
| **Assicurato** (Cognome e Nome) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Codice Fiscale** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Domiciliato in** |  | **Cap** |  | **Città** |  | **Prov.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dipendente dell’Azienda** |  | **Telefono** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Agenzia/Filiale** |  | **Responsabile Sig.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sindacato di appartenenza** | **FISAC CGIL** | **Regione** | **PIEMONTE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indirizzo e-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 È 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 ½ 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**

**SI RICEVONO TELEFONATE PER I 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, 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 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**