



**DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA CONTRATTI MISTI**

da trasmettere a sinistribancari@bucchioniassicurazioni.it

(PER EVITARE ERRATE INTERPRETAZIONI SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO O CON MACCHINA PER SCRIVERE)

ASSICURATO (Cognome e Nome) _____

CODICE FISCALE _____

DOMICILIATO IN _____ CAP _____ CITTÀ _____ PROV _____

DIPENDENTE DELLA
BANCA _____ TEL UFF _____ CELL _____

AGENZIA/Filiale _____ RESPONSABILE SIG. _____

SINDACATO DI APPARTENENZA _____ REGIONE _____

INDIRIZZOMAIL _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE PER LA CORRETTA ISTRUZIONE DELLA PRATICA

1. UNA SINTETICA DESCRIZIONE DI QUANTO ACCADUTO CORREDATA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE IN POSSESSO DELL'ASSICURATO
2. COPIA DEL MODULO DI ADESIONE ANNO IN CORSO
3. COPIA DEL BONIFICO EFFETTUATO PER ADESIONE IN CORSO DI VALIDITA'

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente Bucchioni's Studio Sas 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'origina razziale o etnica, le opzioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati relativi alla salute) già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro 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, do il consenso a che i dati che mi riguardano, comprendenti quelli appartenenti alle categorie particolari, vengono utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione Sindacale, della Società di Assicurazione e della Bucchioni's Studio Sas per le finalità previste dall'allegata informativa della privacy.

La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità obbligatorie renderà impossibile la gestione del sinistro.

- ACCONSENTO
 NON ACCONSENTO

Data _____

Nome e Cognome _____

Firma _____