



DENUNCIA DI SINISTRO R.C. CAPOFAMIGLIA

da trasmettere a claudiah@bucchioniassicurazioni.it

(PER EVITARE ERRATE INTERPRETAZIONI SI PREGA DI COMPILE 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. DENUNCIA DI SINISTRO CON DESCRIZIONE DETTAGLIATA DA PARTE DELL'ASSICURATO
2. FOTOCOPIA TESSERA SINDACALE O DICHIARAZIONE DEL SINDACATO
3. STATO DI FAMIGLIA O AUTOCERTIFICAZIONE
4. RICHIESTA DANNI DETTAGLIATA DEL DANNEGGIATO
5. INDICARE NOMINATIVO CONTROPARTE CON RELATIVO INDIRIZZO, NUMERO TELEFONO E CODICE FISCALE
6. FATTURA/PREVENTIVO E FOTOGRAFIE DEL DANNO PROVOCATO
7. DICHIARARE SE SI E' IN POSSESSO DI ALTRA COPERTURA ASSICURATIVA PER LO STESSO RISCHIO

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'origine 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 _____