**DENUNCIA DI SINISTRO ANNO 2024**

Da trasmetterea[**101.savona7@ageallianz.it**](mailto:101.savona7@ageallianz.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**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Richiesta di sinistro** (barrare la casella):    **🞏** **AMMANCO CASSA    🞏 R.C. PERDITE PATRIMONIALI**

**DOCUMENTI DA ALLEGARE PER LA CORRETTA ISTRUZIONE DELLA PRATICA**

1.denuncia di sinistro debitamente compilata in ogni sua parte

2. per tutti i sinistri r.c. cassa SUPERIORI A € 1.000,00 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 2024

6. copia del bonifico effettuato per adesione alla polizza 2024

7. copia tessera sindacale

8. per sinistri rc perdite patrimoniali inviare documentazione comprovante la perdita

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente Agenzia Allianz Savona Mare di Alberto Calvi 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 categoria particolati, vengono utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell’Organizzazione Sindacale, della Società di Assicurazione e Allianz Agenzia Savona Mare di Alberto Calvi 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**