SANITASERVICE ASL BA SRL

SANITASERVICE ASL BA

Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede operativa: via Dei Bersaglieri, 3 – 70126 Bari – Tel.0803217901 Fax 0803217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
E-mail: direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

Oggetto: Denuncia di avvenuto sinistro

N.B.: La denuncia va effettuata entro 3 giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato ex art. 1913 c.c.

La documentazione va inoltrata all'indirizzo mail "sinistri@sanitaserviceaslba.it"

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il ____/_____/_____, residente in via/piazza _____

comune di_____ in provincia di _____ codice fiscale _____

in qualità di AUTISTA/SOCCORRITORE del veicolo targato _____

DICHIARA

che il giorno ____/_____/_____ alle ore _____ in via/piazza_____

comune _____ in provincia di _____

il veicolo su citato è stato coinvolto in un incidente.

Gli **altri soggetti** coinvolti nell'incidente **oltre al veicolo assicurato** sono:

il veicolo di controparte (indicare marca/modello)_____

targato_____

Nome e cognome del conducente (controparte)_____

Compagnia assicurativa_____

Si afferma che:

☐ ID chiamata n°_____

☐ Sono presenti testimoni (in caso affermativo compilare il Modulo di Testimonianza)

☐ Sono intervenute le seguenti autorità: (barrare una delle opzioni se applicabile)

☐ Polizia locale del comune di _____

☐ Polizia stradale del comune di _____

☐ Carabinieri del comune di _____

Si prega di allegare eventuali documenti rilasciati dalle autorità al momento dell'incidente.

SANITASERVICE ASL BA SRL

Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede operativa: via Dei Bersaglieri, 3 – 70126 Bari – Tel.0803217901 Fax 0803217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
E-mail: direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ALLA PRESENTE SI ALLEGA DOCUMENTO D'IDENTITA' E FOTO DEL SINISTRO.

Luogo e data _____

Firma _____