



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO

U.O.C SERVIZIO AFFARI GENERALI

Viale della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 – tel. 0922/407115 – fax. 0922/407105

Web: www.aspag.it

Prot. N. _____ del _____

Riportare nella risposta tutti gli estremi indicati

Alla Rappresentante Generale per l'Italia dei Lloyd's
Corso Garibaldi, 86 – 20121 Milano

POLIZZA: LLOYD'S n° 1911489 KASKO DIPENDENTI
ASSICURATO ASP Viale della Vittoria, 321 - Agrigento

DENUNCIA SINISTRO KASKO
(da compilare in ogni sua parte obbligatoriamente)

Del DIPENDENTE in MISSIONE:

LUOGO e DATA SINISTRO.....

TARGA e MODELLO VEICOLO:

.....

PROPRIETARIO DEL MEZZO:

RECAPITO DEL DANNEGGIATO:

VIA.....

CITTA':

TEL:

COD. FISCALE:

INDIRIZZO E-MAIL:

DESCRIZIONE ESAURIENTE DELL'ACCADUTO: (in caso allegare denuncia dettagliata purché contenente descrizione dell'accaduto, descrizione del danno, della causa evento e dell'oggetto se vettura e/o ostacolo fisso, dati identificativi di eventuali altri veicoli coinvolti, indicazione di eventuali responsabilità di terzi, indicazione di eventuali interventi delle autorità, indicazione di eventuali coperture assicurative per danni al veicolo):

.....
.....
.....
.....
.....

Allegare inoltre:

- Documento di riconoscimento valido del danneggiato/assicurato;
- Libretto della vettura fronte retro.
- Copia del contratto di assicurazione RCA
- Documentazione fotografica del danno a colori
- Preventivo di riparazione e/o fattura di riparazione
- Eventuali fatture di spese extra (carro attrezzi etc.)
- Copia patente di guida
- Eventuali testimoni
- Eventuale Verbale delle Pubbliche autorità intervenute
- Copia dell'ordine di missione ed autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio sottoscritta dal Dirigente responsabile del servizio di appartenenza dell'assicurato
- Copia del foglio registro uscite con indicazione dei km percorsi
- Foglio di autorizzazione all'uso del mezzo

Luoghi di inizio della missione.....
Luogo di destinazione/lavoro
Luogo di rientro dalla missione
N° dei chilometri di percorrenza
Indicazione se il soggetto ha diritto al rimborso chilometrico e/o forfettario in busta paga
.....

ATTENZIONE: In mancanza della documentazione richiesta non è possibile procedere con l'apertura del sinistro

Data...../.../.....

Per presa d'atto e transmission

Il Direttore UOC Servizio AA.GG

Firma del danneggiato

.....

.....

FIRMA RESPONSABILE ENTE e/o TIMBRO

La presente potrà essere inoltrata anche a mezzo PEC- mail ai seguenti indirizzi

.....