



AZIENDA AUTONOMA DI STATO

PER I SERVIZI PUBBLICI

REP. SAN MARINO – Via A. di Superchio, 16 – 47893 CAILUNGO (B-5)

Tel. 0549 883700 – Fax 0549 883720 – e-mail: info@aass.sm – www.aass.sm

Cod.Op. Econ. SM 02463



MODULO DENUNCIA SINISTRO ASSICURAZIONE PERDITE OCCULTE DI ACQUA

Io sottoscritto _____ ISS/COE _____

Residente in Via/Strada: _____ N° _____ Località: _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste per false attestazioni, dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e per uso di atti falsi; così come previsto dalla Polizza di assicurazione stipulata con AASS,

richiedo alla Società Cattolica di Assicurazione

il risarcimento dell'importo eccedente la franchigia per il consumo di acqua registrato dall'utenza intestata a _____ avente sede in Via/Strada:

_____ N° _____ Località: _____ con codice contratto n. _____, matricola contatore n. _____, codice cliente n. _____, codice PDR n. _____.

A tal fine dichiaro che si è verificata una perdita occulta sull'impianto che può essere così descritta:

Dichiaro che la riparazione è stata eseguita in data _____

Documentazione allegata (barrare la casella):

- Documentazione fotografica della rottura/guasto
- Copia della fattura dei lavori di riparazione dei danni eseguita da tecnico abilitato

Firma

San Marino, li _____
