



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: _____

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

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 _____
