

Le informazioni contenute in questo facsimile sono riservate e per uso esclusivo del destinatario. Persone diverse dallo stesso non possono copiare o consegnare il facsimile a terzi. Chiunque riceva questo facsimile per errore è pregato di informarci chiamando il seguente numero: 099/7356261.

TRASMISSIONE FAX

Taranto li, 17/06/2009

Da: **A.M.A.T. S.p.a.** Ufficio Sinistri Tel. e Fax 099/7356261

A: Spett.le **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI**
Direzione Tecnica - Servizio Sinistri - Divisione Rami Auto
C.A Egr. Dr. Eugenio Re Fraschini - FAX 02/51603288

A: Spett.le **IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL**
Via Cavour, 30 - 74100 TARANTO - FAX 099/4533553

OGGETTO: SINISTRO DEL 12/06/2009 A POL. RCV N.25440159
AMAT SPA (CX273XG) / SECURITIFLEET SRL (DV223MH)
NS. RIF. 190/NS/09

VI ANTICIPIAMO VIA FAX LA DENUNCIA DI SINISTRO INDICATO IN OGGETTO.

SEGUE FORMALE RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI AI SENSI DEL DPR

18/7/06 N.254 "INDENNIZZO DIRETTO".

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 6

RAPPORTO TX

17 GIU. 2009 11:01

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00251603288	17 GIU. 10:53	08'04	TX	06	OK

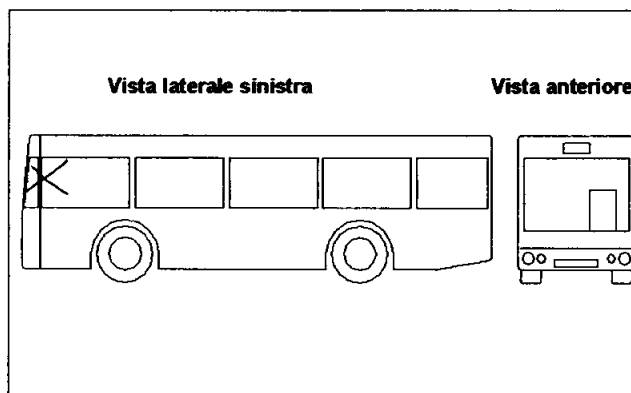
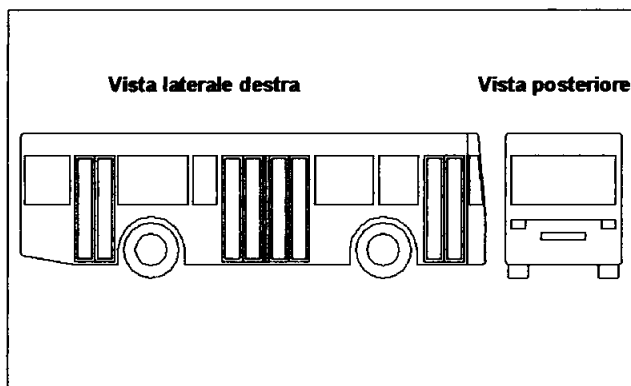
RAPPORTO TX

17 GIU. 2009 10:52

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	17 GIU. 10:51	01'23	TX	06	OK

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

SPECCHIO SINISTRO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

NON RILEVATI

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE EFFETTUAVO L'ULTIMA FERMATA DI VIALE MAGNA GRECIA PER CONSENTIRE LA SALITA E LA DISCESA DELL'UTENZA, UN FURGONE DI COLORE BIANCO DI TIPO COMMERCIALE CHE PROCEDEVA SULLA CORSIA DI SINISTRA URTAVA CONTRO LO SPECCHIO SINISTRO DEL BUS DANNEGGIANDOLO.

IL CONDUCENTE DI TALE FURGONE, DOPO L'URTO, SI DILEGUAVA DAL LUOGO DELL'IMPATTO.

LA VIAGGIATRICE BLE' FILOMENA RIUSCIVA A RILEVARE LA TARGA DEL FURGONE E SI DICHIARAVA ANCHE DISPONIBILE A FORNIRE DICHIARAZIONE TESTIMONIALE.

ANCHE IL COLLEGA D'ARCO PARIDE CHE MI SEGUIVA A POCHI METRI ALLA GUIDA DI ALTRO BUS AZIENDALE, MI CONFERMAVA DI AVER VISTO TUTTO E SI DIMOSTRAVA DISPONIBILE A TESTIMONIARE SULL'ACCADUTO.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO	DATA SINISTRO	ORA	MODALITA' APERTURA		
190/NS/09	12/06/2009	12.40	DENUNCIA AGENTE		
LINEA	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO	ANGOLO			
16	VIALE MAGNA GRECIA				
DIREZIONE		N° SOCIALE	TARGA AUTOBUS		
PORTO MERCANTILE - LEPORANO		553	CX 273 XG		
MATR. AGENTE	COGNOME	NOME	QUALIFICA		
127675	D'ARCANGELO	MARCELLO	CONDUCENTE DI LINEA		
COMUNE DI NASCITA	DATA DI NASCITA	DATA ASSUNZIONE	COMUNE DI RESIDENZA	C.A.P.	
TARANTO	17-06-1975	01-03-2006	TARANTO	74100	
DOMICILIO	TIPO PATENTE	N° PATENTE	RILASCIATA A	DATA RILASCIO	SCADENZA PATENTE
VIA G. VERDI N. 39	D	TA5245213X	TARANTO	14/07/2008	14/07/2013
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T.			COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		
NATIONALE SUISSE					

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
	Furgone	DV 223 MH	(*) VEDI VISURA AL P.R.A.	
VIA / PIAZZA			COMPAGNIA ASSICURATRICE	
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA			COMUNE DI RESIDENZA	
1° DANNEGGIATO			NATURA DEL DANNO	
2° DANNEGGIATO			NATURA DEL DANNO	

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO	COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE	
3° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
4° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

AUTORITA' INTERVENUTA _____

TESTIMONI

BLE' FILOMENA 3314732639
D'ARCO PARIDE

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO
SINISTRO ATTIVO

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 190/NS/09	DATA SINISTRO 12/06/2009	ORA 12.40	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA 16	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIALE MAGNA GRECIA		ANGOLO	
DIREZIONE PORTO MERCANTILE - LEPORANO		N° SOCIALE 553	TARGA AUTOBUS CX 273 XG	
MATR. AGENTE 127675	COGNOME D'ARCANGELO	NOME MARCELLO	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA TARANTO	DATA DI NASCITA 17-06-1975	DATA ASSUNZIONE 01-03-2006	COMUNE DI RESIDENZA TARANTO	C.A.P. 74100
DOMICILIO VIA G. VERDI N. 39	TIPO PATENTE D	N° PATENTE TA5245213X	RILASCIATA A TARANTO	DATA RILASCIO 14/07/2008
			SCADENZA PATENTE 14/07/2013	
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO Furgone	TARGA DV 223 MH	PROPRIETARIO (*) VEDI VISURA AL P.R.A.	COMUNE DI RESIDENZA
VIA / PIAZZA		COMPAGNIA ASSICURATRICE		
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA		COMUNE DI RESIDENZA		
1° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
2° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO		COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE
3° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
4° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI

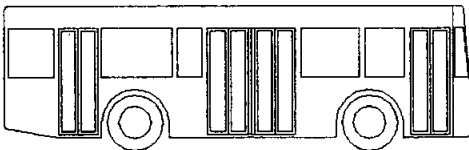
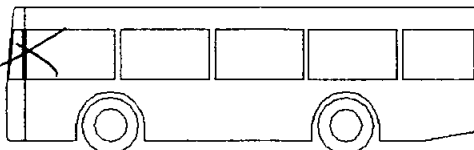
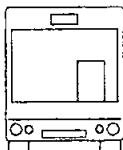
BLE' FILOMENA 3314732639
D'ARCO PARIDE

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO
SINISTRO ATTIVO

VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

Vista laterale destra	Vista posteriore	Vista laterale sinistra	Vista anteriore
			

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

SPECCHIO SINISTRO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

NON RILEVATI

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE EFFETTUAVO L'ULTIMA FERMATA DI VIALE MAGNA GRECIA PER CONSENTIRE LA SALITA E LA DISCESA DELL'UTENZA, UN FURGONE DI COLORE BIANCO DI TIPO COMMERCIALE CHE PROCEDEVA SULLA CORSIA DI SINISTRA URTAVA CONTRO LO SPECCHIO SINISTRO DEL BUS DANNEGGIANDOLO.
IL CONDUCENTE DI TALE FURGONE, DOPO L'URTO, SI DILEGUAVA DAL LUOGO DELL'IMPATTO.
LA VIAGGIATRICE BLE' FILOMENA RIUSCIVA A RILEVARE LA TARGA DEL FURGONE E SI DICHIARAVA ANCHE DISPONIBILE A FORNIRE DICHIARAZIONE TESTIMONIALE.
ANCHE IL COLLEGA D'ARCO PARIDE CHE MI SEGUIVA A POCHI METRI ALLA GUIDA DI ALTRO BUS AZIENDALE, MI CONFERMAVA DI AVER VISTO TUTTO E SI DIMOSTRAVA DISPONIBILE A TESTIMONIARE SULL'ACCADUTO.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

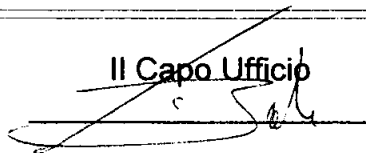
APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

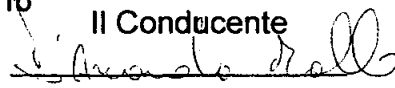
Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

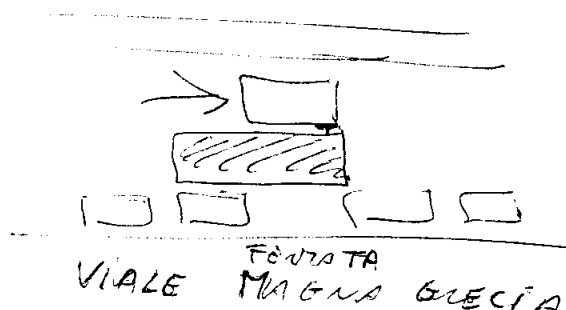


TA, 15/06/09



pagina

2



Taranto, li 15/06/09

Egr. Sig.

D'ARCANGELO MARCELLO
VIA G. VERDI N. 39
74100 TARANTO

Oggetto: Sinistro n° 190/NS/09 del 12/06/2009

Il giorno 12/06/2009, il bus n° 553 da Lei condotto, impegnato sulla linea 16, è stato coinvolto in un incidente stradale ed ha riportato danni per un ammontare non ancora quantificato.

Qualora a conclusione dell'istruttoria dovesse essere accertata la Sua responsabilità, questa Azienda procederà, oltre all'adozione del provvedimento disciplinare a Suo carico, anche al recupero del danno cagionato al mezzo, in applicazione dell'art. 38 del Regolamento allegato al R.D. n° 148/1931 e della Legge regionale n° 18 del 31 Ottobre 2002 e successive modificazioni ed integrazioni.

Sarà cura di questa Azienda comunicarle, all'esito della relativa perizia, l'entità dell'eventuale danno da risarcire.

Nel caso Lei avesse provveduto a contrarre polizza assicurativa per la copertura dei danni in questione, è necessario che il contenuto della presente sia portato a conoscenza della Compagnia assicuratrice.

Distinti saluti.

LA DIREZIONE

P.R.

Marcello D'Arcangelo

RAPPORTO TX

17 GIU. 2009 11:06

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00831518040	17 GIU. 11:06	00'43	TX	03	OK

ISPEZIONE

TARGA DV223MH

DATI DEL VEICOLO

Targa	DV223MH
Telaio	ZFA25000001611460
Omologazione	OEZFA13EST14B
Fabbrica / Tipo	FIAT GROUP AUTOMOBILES SPA 250ACMPA 14B
Data Immatricolazione	31/01/2009
KW	88,00
Classe / Uso	AUTOVETTURA / PRIVATO LOCAZIONE SENZA CONDUCENTE
Carrozzeria	VEICOLO MULTIUSO
Cilindrata	2287
Alimentazione	GASOLIO
Tara	2290
Portata	860
Peso Complessivo	3150
Posti n.ro	9
Assi n.ro	2

Prima Formalita'	PRIMA ISCRIZIONE VEICOLO NUOVO
Data Prima Formalita'	12/03/2009
R.P.	A259725K

Ultima Formalita'	PRIMA ISCRIZIONE VEICOLO NUOVO
Data Ultima Formalita'	12/03/2009
R.P.	A259725K

DATI DELLA INTESTAZIONE

R.P.	A259725K
del	12/03/2009
Atto	ATTO PUBBLICO
Data Atto	25/02/2009
Prezzo del Veicolo	***** 25.117,06 * Euro

Proprietario	SECURITIFLEET
Sesso / Tipo Societa'	SOCIETA' A RESPONSABILITA' LIMITATA
Comune di residenza	ROMA (RM)
Indirizzo	VIA C.G.VIOLA 48 - 00148

ANNOTAZIONI

Numero precedenti intestazioni 0
Rilasciato certificato di proprieta' a seguito dell'ultima formalita'
Non risultano iscritte ipoteche/privilegi
Non risultano iscritti gravami

Dati aggiornati al 03/06/2009
Certificazione / Ispezione n. 717 del 17/06/2009 08:39:22

NON COSTITUISCE CERTIFICAZIONE

Importo bollo	***** 0,00 * Euro
Importo emolumenti	***** 2,84 * Euro
Importo totale	***** 2,84 * Euro

1. data incidente
12/06/2009

ora
12.40

2. luogo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIALE MAGNA GRECIA

3. feriti anche se lievi

no

si

 *

4. danni materiali
veicoli oltre A o B

no

si

 *
oggetti diversi dai veicoli

no

si

 *

5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)
BLE' PILOTENA - D'ARCO PARIDE

6. contraente/assicurato
(vedere certificato d'assicurazione)
Cognome
AMAT SPA
Nome
Codice Fiscale / Partita IVA
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIA C. BATTISTI, 657
C.A.P. 74100 Stato
N. Tel. o E-mail

7. veicolo
Autobus trasporto pubblico urbano

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo CX 273 XG	N. di targa o telaio DV 223 MH
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione
NATIONALE SWISSE
N. di polizza
25440159
N. di Carta Verde
Certificato di assicurazione o Carta Verde
valido dal 31/03/2009 al 31/03/2010
Agenzia (o ufficio o intermediario)
Denominazione
IACOPIVO INS. PILOKOS
Indirizzo
Stato
N. Tel. o E-mail
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo:

no

si

9. conducente (vedere patente di guida)
Cognome
D'ARCAUNGOLO
Nome
MARCELLO
Data di nascita
17/6/75
Codice Fiscale
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIA VORSI, 39
Stato
N. Tel. o E-mail
Patente N.
TAS245213 X
Categ. (A, B, ...) D valida fino al 14/07/2013

10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. danni visibili al veicolo A
SPACCHIO SINISTRO

14. osservazioni

12. circostanze dell'incidente
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)

1	in fermata / in sosta	1
2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2
3	stava parcheggiando	3
4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4
5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5
6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6
7	circolava su una piazza a senso rotatorio	7
8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8
9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9
10	cambiava fila	10
11	sorpassava	11
12	girava a destra	12
13	girava a sinistra	13
14	retrocedeva	14
15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15
16	proveniva da destra	16
17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17

← indicare il numero di caselle barrate con una croce →

Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto
Indicare : 1) il tracciato delle strade; 2) la direzione di marcia di A e B; 3) la loro posizione al momento dell'urto; 4) i segnali stradali; 5) i nomi delle strade
VEDI ALLEGATA DENUNCIA DI SINISTRO SU MODULO AMAT SPA.

15. firma dei conducenti
A
B

veicolo B
6. contraente/assicurato
(vedere certificato d'assicurazione)
Cognome
Nome
Codice Fiscale / Partita IVA
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
C.A.P. Stato
N. Tel. o E-mail

7. veicolo
AUTOVETTURA

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo FIAT N. di targa o telaio DV 223 MH	N. di targa o telaio
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione
AIG EUROPE
N. di polizza
N. di Carta Verde
Certificato di assicurazione o Carta Verde
valido dal al 31/12/2009
Agenzia (o ufficio o intermediario)
Denominazione
Indirizzo
Stato
N. Tel. o E-mail
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo:

no

si

9. conducente (vedere patente di guida)
Cognome
Nome
Data di nascita
Codice Fiscale
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
Stato
N. Tel. o E-mail
Patente N.
Categ. (A, B, ...) valida fino al

10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo B

11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità?

si ☐

no ☒

Quale Autorità è intervenuta?

CC ☐

P.S. ☐

V.V.UU. ☐

veicolo **A**

veicolo **B**

TARGA

CX273 XG

TARGA

DV223 MH

Testimone

Nome e cognome

FILONENA BLE'

Codice fiscale

Indirizzo

Tel.

3314732639

Testimone

Nome e cognome

PARIDE D'ARCO

Codice fiscale

Indirizzo

Tel.

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale

Indirizzo (Comune, via e numero)

C.A.P. Provincia

Luogo e data di nascita

Codice fiscale/Partita IVA

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome

Indirizzo (Comune, via e numero)

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso

Comune

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome

Indirizzo (Comune, via e numero)

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso

Comune

Testimone

Nome e cognome

Codice fiscale

Indirizzo

Tel.

Testimone

Nome e cognome

Codice fiscale

Indirizzo

Tel.

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato) (*)

VADI AUGUSTA VISURA AL PRA

Nome e cognome o Denominazione sociale

SECURITI FLEET SRL

Indirizzo (Comune, via e numero)

ROMA

VIA C.G. VIOLA, 48

C.A.P. 00148 Provincia

Luogo e data di nascita

Codice fiscale/Partita IVA

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome

Indirizzo (Comune, via e numero)

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso

Comune

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente ☐

Passeggero ☐

Pedone ☐

Nome e cognome

Indirizzo (Comune, via e numero)

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

Ricovero Pronto Soccorso

si ☐

no ☐

Nome Pronto Soccorso

Comune

SECURITIFLEET SRL
via Cesare Giulio Viola 48
Italy
Tel: 06967091

1
2
3
4

AIG Europe

31/12/2009

STAMPA BILD S. A. - MOHÁCS (YA) - S 2217 1972

LISTA DI CONTROLLO (CHECK-LIST)

(Da compilarsi a cura dell'Operatore di Esercizio all'inizio ed alla fine di ogni turno)

1	2	3																																							
TURNO DI SERVIZIO n° _____																																									
DALLE ORE <u>550</u>																																									
ALLE ORE <u>1215</u>																																									
LINEA <u>16</u>																																									
FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO <u>Sebastiano Incandace</u>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)</th> <th style="width: 33%;">Inizio Turno</th> <th style="width: 33%;">Fine Turno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Indicatori di linea</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Indicatori di direzione</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Impianto illuminazione</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Luci interne</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Strumentazione di bordo</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Obliteratrici</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Martelletto rompivetro di sicurezza</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Sigilli maniglia uscita di sicurezza</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Regolamento viaggiatori interno bus</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Estintore</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Pulizia del Bus</td><td>INS</td><td>INS</td></tr> <tr><td>Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> </tbody> </table>			CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno	Indicatori di linea	NE	NE	Indicatori di direzione	NE	NE	Impianto illuminazione	NE	NE	Luci interne	NE	NE	Strumentazione di bordo	NE	NE	Obliteratrici	NE	NE	Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M	Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M	Regolamento viaggiatori interno bus	M	M	Estintore	M	M	Pulizia del Bus	INS	INS	Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE
CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno																																							
Indicatori di linea	NE	NE																																							
Indicatori di direzione	NE	NE																																							
Impianto illuminazione	NE	NE																																							
Luci interne	NE	NE																																							
Strumentazione di bordo	NE	NE																																							
Obliteratrici	NE	NE																																							
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M																																							
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M																																							
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M																																							
Estintore	M	M																																							
Pulizia del Bus	INS	INS																																							
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE																																							
TURNO DI SERVIZIO n° <u>1</u>																																									
DALLE ORE <u>1155</u> <u>1240</u>																																									
ALLE ORE <u>1815</u> <u>1840</u>																																									
LINEA <u>16</u> <u>21</u>																																									
FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO <u>D'ANGELO MARCELLO</u>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)</th> <th style="width: 33%;">Inizio Turno</th> <th style="width: 33%;">Fine Turno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Indicatori di linea</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Indicatori di direzione</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Impianto illuminazione</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Luci interne</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Strumentazione di bordo</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Obliteratrici</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Martelletto rompivetro di sicurezza</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Sigilli maniglia uscita di sicurezza</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Regolamento viaggiatori interno bus</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Estintore</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Pulizia del Bus</td><td>INS</td><td>INS</td></tr> <tr><td>Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> </tbody> </table>			CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno	Indicatori di linea	NE	NE	Indicatori di direzione	NE	NE	Impianto illuminazione	NE	NE	Luci interne	NE	NE	Strumentazione di bordo	NE	NE	Obliteratrici	NE	NE	Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M	Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M	Regolamento viaggiatori interno bus	M	M	Estintore	M	M	Pulizia del Bus	INS	INS	Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE
CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno																																							
Indicatori di linea	NE	NE																																							
Indicatori di direzione	NE	NE																																							
Impianto illuminazione	NE	NE																																							
Luci interne	NE	NE																																							
Strumentazione di bordo	NE	NE																																							
Obliteratrici	NE	NE																																							
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M																																							
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M																																							
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M																																							
Estintore	M	M																																							
Pulizia del Bus	INS	INS																																							
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE																																							
TURNO DI SERVIZIO n° _____																																									
DALLE ORE <u>1810</u>																																									
ALLE ORE <u>2430</u>																																									
LINEA <u>21</u>																																									
FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO <u>[Signature]</u>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)</th> <th style="width: 33%;">Inizio Turno</th> <th style="width: 33%;">Fine Turno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Indicatori di linea</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Indicatori di direzione</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Impianto illuminazione</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Luci interne</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Strumentazione di bordo</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Obliteratrici</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> <tr><td>Martelletto rompivetro di sicurezza</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Sigilli maniglia uscita di sicurezza</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Regolamento viaggiatori interno bus</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Estintore</td><td>M</td><td>M</td></tr> <tr><td>Pulizia del Bus</td><td>INS</td><td>INS</td></tr> <tr><td>Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)</td><td>NE</td><td>NE</td></tr> </tbody> </table>			CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno	Indicatori di linea	NE	NE	Indicatori di direzione	NE	NE	Impianto illuminazione	NE	NE	Luci interne	NE	NE	Strumentazione di bordo	NE	NE	Obliteratrici	NE	NE	Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M	Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M	Regolamento viaggiatori interno bus	M	M	Estintore	M	M	Pulizia del Bus	INS	INS	Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE
CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)	Inizio Turno	Fine Turno																																							
Indicatori di linea	NE	NE																																							
Indicatori di direzione	NE	NE																																							
Impianto illuminazione	NE	NE																																							
Luci interne	NE	NE																																							
Strumentazione di bordo	NE	NE																																							
Obliteratrici	NE	NE																																							
Martelletto rompivetro di sicurezza	M	M																																							
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	M	M																																							
Regolamento viaggiatori interno bus	M	M																																							
Estintore	M	M																																							
Pulizia del Bus	INS	INS																																							
Cintura di sicurezza (portatori di Handicap)	NE	NE																																							

NE = Non Efficiente**M = Mancante****INS = Insufficiente****Irregolarità riscontrate durante il servizio (incidenti - guasti - etc.), già comunicata all'Area Tecnica con bolla di lavoro**

n° _____ del _____ :

al rientro - visto: L'ADDETTO MOVIMENTO E TRAFFICO _____

Taranto, li 19 GIU. 2009

Prot. 11816 UAG

Egr. Sig.
D'Arco Paride
Via S. Francesco d'Assisi,
Pal. CG Scala B
74100 - TARANTO

OGGETTO: SINISTRO DEL 12/06/2009
Verificatosi in Viale Magna Grecia
Ns. Rif. 190/NS/09

Con riferimento al sinistro indicato in oggetto, per il quale è coinvolto il dipendente Sig. D'Arcangelo Marcello, con la presente siamo a richiederLe dichiarazione testimoniale scritta sull'accaduto.

In attesa di Suo cortese riscontro, porgiamo distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

Taranto, li 19 GIU. 2009

Prot. 15815 UAG

C.A. Egr. Dr. E. Re Fraschini

Raccomandata a.r.
(Anticipata via fax)

Spett.le
NATIONALE SUISSE Assicurazioni
Direzione Tecnica
Servizio sinistri
Divisione Rami Auto
Via XXV Aprile
20097 - S. DONATO MILANESE (MI)

E p.c. Spett.le
IACOBINO INSURANCE BROKERS SRL
Via Cavour, 30
74100 - TARANTO

OGGETTO: RICHIESTA DI RISARCIMENTO DEI DANNI

Sinistro del 12/06/2009 in località Taranto
AMAT SPA (CX273XG) / SECURITIFLEET (DV223MH)
Ns. Rif. 190/NS/09

La scrivente Azienda AMAT Spa (Codice fiscale 00146330733) proprietaria del veicolo AUTOBUS targato CX273XG e assicurato con la Compagnia NATIONALE SUISSE Assicurazioni, chiede il risarcimento dei danni subiti a seguito del sinistro avvenuto il giorno 12/06/2009 in Taranto in Viale Magna Grecia.

L'altro veicolo coinvolto nell'incidente è l'autovettura FIAT targata DV223MH, di proprietà della SecuritiFleet Srl, assicurata per la responsabilità civile auto con la AIG EUROPE ASSICURAZIONI SPA.

Il sinistro si è verificato secondo le modalità indicate nell'allegata denuncia di sinistro già anticipata via fax in data 17/06 u.s..

Hanno assistito al sinistro i Sig.ri Blè Filomena e D'Arco Paride.

Si invita la Compagnia in indirizzo a procedere all'accertamento e alla quantificazione dei danni precisando che il veicolo danneggiato sarà messo a Vs. disposizione in orari lavorativi per otto giorni non festivi consecutivi a far data della ricezione della presente previ accordi telefonici con il ns. **Ufficio sinistri aziendale – TEL./FAX 099/7356261 – Via C. Battisti, 657 Taranto.**

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

N.B. Allegati alla richiesta di risarcimento:

- denuncia di sinistro su modulo Aziendale;
- modulo blu;
- misura al PRA.

Posteitaliane

Avviso di ricevimento

EP 0683 SP 0505 - Mod. 23 (P) - MOD. 01304 (X) 4/92 F. - St. 12 - Ed. 07/95



A. R.

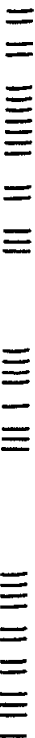
postaprioritaria

Ric. L. DANNI

190/NS/09



**ALFATI S.p.A.
AZIENDA TERRA MORTUATA
RILEVAMENTO DI TARANTO
V.le C. D'Adda, 657
74100 TARANTO**



Avviso di ricevimento

Per conoscenza

Espresso

Assicurato

Capo

137708199475

Numero

Data di esp. 7/10/08

Contenuto: lettera c.d.f.

Postulante

IACOBILO INSURANCE BROKERS Sec

Via cavour, 30

00197 Roma

Taranto

IACOBINO INSURANCE BROKERS S.r.l.
L'AMMINISTRATORE UNICO

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione



28/6/08

[Signature]

Il presente documento è valido solo se
firmato e datato dal ricevente e
dal distributore.

Posteitaliane

Aviso di ricevimento

EP 3683 EP 1625 - Mod. 23 (P. - MCC) 07/2014 - P. 157 - F. 50 - 2/14

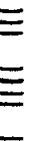


A. R.

postaprioritaria



A.P.P.A.T. S.R.L.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NEUTRALE DI TARANTO
VIA C. PAVONE, 657
74100 TARANTO



70100 - 19/01/2014

Avviso di ricevimento

MILANO
Poste
02.07.09 - 17.30

708199464

Italiano

NATIONALE SUISSE ASS. di - Direzione Tecnica
Servizio Sinistra - Divisione RATTI AUTO

XXV APRILE

20097

S. DONATO RICARDO SE (ITALIA)

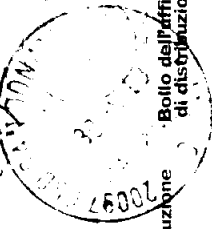
NATIONALE SUISSE

30 GIU 2009

Firma per esteso del ricevente _____

RICEVUTO

Data _____



Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio di distribuzione

RAPPORTO TX

22 GIU. 2009 16:39

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00251603288	22 GIU. 16:39	00'31	TX	01	OK

RAPPORTO TX

22 GIU. 2009 16:38

LOGO : UFF. SINISTRI AMAT SPA
FAX NO. : 0997356261

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	22 GIU. 16:37	00'24	TX	01	OK

DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

il sottoscritto D'Arco Paride, nato a Taranto il 02/12/1969 e residente a Taranto in Via Nitti, 38, dipendente Amat Spa, con la presente

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di aver assistito a un sinistro verificatosi in data 12/06/2009 alle ore 12.50 circa a Taranto in Viale Magna Grecia.

Alla guida di altro bus aziendale di linea 25 percorrevo Viale Magna Grecia e giunto nei pressi della fermata dei Giardini "Virgilio" notavo il bus n.553, fermo alla fermata e condotto nella circostanza dal collega D'arcangelo Marcello, che veniva urtato allo specchio esterno sinistro da un furgone di colore chiaro.

Il mezzo si dileguava dal luogo del sinistro.

Letto, confermato e sottoscritto.

Taranto, li 30/06/2009

D'Arco Paride

4b. 12/03/2014 (L244/XX)	9.	10.	11.	12.
5. TA5168023J	A1			
	A			
	B	2807/89	2903/09	
	C	21/01/99	2903/09	
	D	21/01/99	2903/09	
	BE			
	CE			
	DE			
	71.01	TA5056273S	I	

1. Categoria 2. Motore 3. Data e luogo di nascita 4a. Patente rilasciata 4b. Validità lic. di guida 5. Categoria del veicolo 6. Categoria del veicolo 7. Categoria del veicolo 8. Categoria del veicolo 9. Categoria del veicolo 10. Categoria del veicolo 11. Categoria del veicolo 12. Categoria del veicolo

mod. MC 746F AB 1838978

REPUBBLICA ITALIANA

PATENTE DI GUIDA

1. D'ARCO
2. PARIDE
3. 02/12/69 TARANTO (TA)

4a. 26/04/2004
4b. 29/03/2009
4c. MCTC-TA
5. TA5168023J

6. 
7.
8. TARANTO (TA)
9. D 38 NITTI

Taranto, li 06 LUG. 2009

Prot. 50877 UAG

Raccomandata a.r.

C.A. Egr. Dr. E. Re Fraschini

Spett.le
CENTRO SERVIZI PERITALI S.A.S.
di Vito Colapietro
Via Risorgimento, 215
74017 - MOTTOLA (TA)

Spett.le
NATIONALE SUISSE Assicurazioni
Direzione Tecnica
Servizio sinistri
Divisione Rami Auto
Via XXV Aprile
20097 - S. DONATO MILANESE (MI)

OGGETTO: Sinistro del 12/06/2009
AMAT SPA (CX273XG) / SECURITIFLEET SRL (DV223MH)
Ns. Rif. 190/NS/09

Con riferimento al sinistro indicato in oggetto in allegato alla presente Vi rimettiamo dichiarazione testimoniale rilasciata in data 30/06 u.s. dal Sig. D'Arco Paride.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

Posteitaliane

Aviso di ricevimento

FP 0683EP 0505 - Mod. 23 LP - MOD. 01364 (P. 10/11) - S. 11/Ed. 07/05



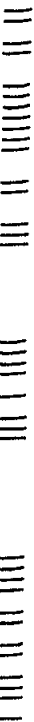
A. R.

postaprioritaria

198/25/09 x 190/25/09 x Dic. L. Test.



**AZIENDA PER LA MOBILITA' E LA LOGISTICA
NELL'AREA DI TARANTO
VIA C. BATTISTI, 657
74100 TARANTO**



Avviso di distribuzione

13770819994 3

CENTRO SERVIZI PERITALI SAS DI VITO CICALIOTTA

RISERCONTE, 215

74012 MOTTOLA (TA)

CENTRO SERVIZI PERITALI srl

Il Perito

Vito Cicaliotta

2/01/02 San

Firma per esposto del Procuratore

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio di distribuzione



190/NS/09

DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

il sottoscritto D'Arco Paride, nato a Taranto il 02/12/1969 e residente a Taranto in Via Nitti, 38, dipendente Amat Spa, con la presente

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di aver assistito a un sinistro verificatosi in data 12/06/2009 alle ore 12.50 circa a Taranto in Viale Magna Grecia.

Alla guida di altro bus aziendale di linea 25 percorrevo Viale Magna Grecia e giunto nei pressi della fermata dei Giardini "Virgilio" notavo il bus n.553, fermo alla fermata e condotto nella circostanza dal collega D'arcangelo Marcello, che veniva urtato allo specchio esterno sinistro da un furgone di colore chiaro.

Il mezzo si dileguava dal luogo del sinistro.

Letto, confermato e sottoscritto.

Taranto, li 30/06/2009

[Handwritten signature]

12526

Prot. N. _____

Del 30 GIU. 2009

P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☒
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITA' / BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
ut.PT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
ut.RG	RAGIONERIA ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITA'	☐

[Handwritten signature]

12526

nazionale suisse

Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A.
Società del Gruppo "Nazionale Svizzera" di Basilea
Capitale sociale 12.000.000,00 euro i.v. - Reg. Imp di Milano n. 112124
R.E.A. Milano 585006 - Partita Iva e Codice Fiscale 01851070159
Imp. aut. all'esercizio Assicurativo con D.M. 6-10-72 (G.U. 20-10-72 n.274)



Sede Legale e Direzione Generale in Italia:
Via XXV Aprile - 20097 SAN DONATO MILANESE (MI)
Tel. 02.51603.1
Fax 02.514634
E-mail: info@nationalesuisse.it
www.nationalesuisse.it

Mottola

24/07/09

(Luogo e Data)

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

DATI DEL SINISTRO

RISCHIO	ESERCIZIO	NUMERO	DATA AVVENIMENTO
51	2009	009082009000086714	12/06/09

DATI DELLA POLIZZA

AGENZIA	RAMO	NUMERO	PARTI
908	050	50254401590000	A.M.A.T. S.P.A. SECURITI FLEET

A.M.A.T. S.P.A.

VIA CESARE BATTISTI 657

74100 - TARANTO TA

C.F. / P.IVA: 00146330733

Fatt. di riparazione [] SI [X] NO

OFFERTA REALE C.I.D.

Impresa Mandataria: Nazionale Suisse - Assicurato: A.M.A.T. S.P.A. - Targa: CX273XG
Impresa Debitrice: 344 - AIG EUROPE S.A. - Assicurato: SECURITI FLEET - Targa: DV223MH
N° Polizza: 50254401590000 - Agenzia: 908 IACOBINO n° sinistro: 009082009000086714
Caso n° 40 dello schema - Grado di responsabilità: 100 %.

Con riferimento all'incidente occorso il 12/06/09 ed a seguito degli accertamenti espletati, formalizziamo offerta di 520,00 (CINQUECENTOVENTI / 00 EURO)

Onde poter provvedere al pagamento di tale somma, dovranno esserci fornite le coordinate bancarie del Beneficiario, in ottemperanza alla legge 5/7/1991 n.197 e successive modifiche "normativa antiriciclaggio."

Ci preme sottolineare che tale pagamento, viene effettuato in nome e per conto dell'Impresa assicuratrice del responsabile civile ed è da ritenersi valida ai sensi dell'art. 1220 C.C. nonché dell'art. 148 D. L.vo 209 del 7/9/2005 (Codice delle assicurazioni private).

Distinti saluti.

Clausole particolari

VS. RIF. 190/NS/09.

DATA

24.07.09

CONTROFIRMA DEL PATROCINATORE

(ai sensi dell'art. 68 L.P.F.)

C.F. / P.Iva:

FIRMA PER QUIETANZA

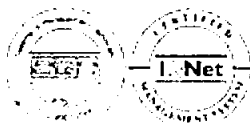
C.F. / P.Iva:

00146330733

La presente quietanza assume valore liberatorio dopo la corresponsione dell'importo suindicato

ENTE PAGANTE 160		DATA PAGAMENTO 24 07 09		NUMERO ASSEGNO 7024476333		VISTO LIQUIDATORE IL PERITO LIQUIDATORE Vito Pasquale Colapalumbo		VISTO DIREZIONE	
DANNI A TERZI PASSANTI		DANNI A TERZI TRASPORTATI				IMPORTO DANNO PER COSE O R.E.			
N. PERSONE MORTE LESE		IMPORTO DEL DANNO €		N. PERSONE MORTE LESE		IMPORTO DEL DANNO €		€ 520,00	
RISERVATO ALLA DIREZIONE				PAGAMENTO EFFETTUATO DA ☐ AGENZIA ☐ DIREZIONE				TIPO LIQUIDAZIONE 4 / TOTALE	
MANDATO NUMERO				999					

MOD. S 3/ INF.



 **Unicredit Banca di Roma**

TRONDA

Il 24/07/09

euro

520,00

CASTELLANETA
VIA S. FRANCESCO, 126 - IT

A vista pagate per questo assegno bancario

euro cinquecentoventi/100

a ATTAL SPA

ABI 30023
CAB 788406

7024476333-04 conto

NON TRASFERIBILE

Firma





Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A.
Società del Gruppo "Nazionale Svizzera" di Basilea
Capitale sociale 12.000.000.00 euro i.v. - Reg. Imp di Milano n. 112124
R.E.A. Milano 585006 - Partita Iva e Codice Fiscale 01851070159
Imp. aut. all'esercizio Assicurativo con D.M. 6-10-72 (G.U. 20-10-72 n.274)



Sede Legale e Direzione Generale in Italia:
Via XXV Aprile - 20097 SAN DONATO MILANESE (MI)
Tel. 02.51603.1
Fax 02.514634
E-mail: info@nationalesuisse.it
www.nationalesuisse.it

Mottola

24/07/09

(Luogo e Data)

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

DATI DEL SINISTRO

RISCHIO	ESERCIZIO	NUMERO	DATA AVVENIMENTO
51	2009	009082009000086714	12/06/09

DATI DELLA POLIZZA

AGENZIA	RAMO	NUMERO	PARTI
908	050	50254401590000	A.M.A.T. S.P.A. SECURITI FLEET

Fatt. di riparazione [] SI [X] NO

A.M.A.T. S.P.A.

VIA CESARE BATTISTI 657

74100 - TARANTO TA

C.F. / P.IVA: 00146330733

Prot. N°

15748
26 AGO. 2009

Del		
P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UAG	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☒
UA	ACQUISTI / CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITA' / BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE / REPERIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO	☐
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO	☐
STQ	STAFF QUALITÀ	☐

OFFERTA REALE C.I.D.

Impresa Mandataria: Nationale Suisse - Assicurato: A.M.A.T. S.P.A. - Targa: CX273XG
Impresa Debitrice: 344 - AIG EUROPE S.A. - Assicurato: SECURITI FLEET - Targa: DV223MH
N° Polizza: 50254401590000 - Agenzia: 908 IACOBINO n° sinistro: 009082009000086714
Caso n° 40 dello schema - Grado di responsabilità: 100 %.

Con riferimento all'incidente occorso il 12/06/09 ed a seguito degli accertamenti espletati, formalizziamo offerta di 520,00 (CINQUECENTOVENTI / 00 EURO)

Onde poter provvedere al pagamento di tale somma, dovranno esserci fornite le coordinate bancarie del Beneficiario, in ottemperanza alla legge 5/7/1991 n.197 e successive modifiche "normativa antiriciclaggio."

Ci preme sottolineare che tale pagamento, viene effettuato in nome e per conto dell'Impresa assicuratrice del responsabile civile ed è da ritenersi valida ai sensi dell'art. 1220 C.C. nonché dell'art. 148 D. L.vo 209 del 7/9/2005 (Codice delle assicurazioni private).

Distinti saluti.

Clausole particolari

VS. RIF. 190/NS/09.

DATA

24.07.09

CONTROFIRMA DEL PATROCINATORE

(ai sensi dell'art. 68 L.P.F.)

C.F. / P.Iva:

FIRMA PER QUIETANZA

C.F. / P.Iva:

00146330733

La presente quietanza assume valore liberatorio dopo la corresponsione dell'importo suindicato

ENTE PAGANTE	DATA PAGAMENTO	NUMERO ASSEGNO	VISTO LIQUIDATORE	VISTO DIREZIONE
160	24 07 09	7024476333	IL PERITO LIQUIDATORE	

DANNI A TERZI PASSANTI

DANNI A TERZI TRASPORTATI

IMPORTO DANNO PER COSE O R.E.

UniCredit Banca di Roma

MOTOLA

li 24/07/09

euro

520,00

CASTELLANETA
VIA S. FRANCESCO, 126 - IT

A vista pagate per questo assegno bancario

NON TRASFERIBILE

euro Cinquecentoventi / 00

a AMAT SPA



ABI 3002-3
CAB 78840-6

7024476333-04 Conto

Firma

Vito Pasquale Colapalme

7024476333 3002788406

per. ind. Ernesto Sion
INFORTUNISTICA STRADALE

Via Emilia, 115

74100 - Taranto (Ta)

P.IVA: 01739870739

Tel.: TEL -FAX 0997366544

E-Mail:ernestosion@tiscalinet.it

Perizia N° 2144,00/09	Relazione di perizia per AMAT	Codice RCA RISC. ASS.
Assicurato AMAT N.553	Controparte IGNOTO	Impresa di controparte N.N.
Esercizio 2009	Numero sinistro 190/NS/09	Codice - Agenzia 12/06/2009
Cod. Perito	Cod. Liquidatore	Cod. Ispettore
Numero polizza		Ramo polizza
Recuper o IVA		Si

Data Incarico 18/06/2009	Data primo rilievo 18/06/2009	Località TARANTO	C/o ASS	Riparazioni Da Iniz.	Foto N. 4	Privilegio a favore di
------------------------------------	---	----------------------------	-------------------	-------------------------	---------------------	------------------------

Da Certificato di Proprietà - Intestatario - Indirizzo - Telefono - Professione AMAT	VIA C.BATTISTI 657 74100 - TARANTO TA	Scade il //
--	---------------------------------------	-----------------------

Locatario/Comproprietario - Indirizzo - Telefono - Professione	Già Targa
CODICE FISCALE / P. I.V.A.:	

Veicolo(Marca-Modello-Versione) IRISBUS ITALIA TIPO 491E.12/U91/T/F2G	Targa CX273XG	Telaio ZGA482M1006005558	1° Immatr. 28/09/05
---	-------------------------	------------------------------------	-------------------------------

Stato d'uso BUONO	Km. 1	Pneum. 70	Colore - Tipo smalto GRIGIO METALLIZATO	Coerenza del danno con la dinamica del sinistro Si
-----------------------------	-----------------	---------------------	---	--

Allestimenti/Dotazioni	Ultima revisione //	Ubicazione Danni
------------------------	-------------------------------	------------------

Codice Omologazione	Per veicoli comme./ind.	Portata q.li	Tara q.li	Passo m.	Posti n°	Assi n°
---------------------	-----------------------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------	------------

Valore Commerciale(C) €	Valore Relitto €	Valore per Differenza € 0	Spese Accessorie €	Indennizzo per antieconomicità €
-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	------------------------------	--

C.R.	VOCI DI DANNO	SR	LA	VE	ME	DCMS	Costo dei Ricambi
Listino ricambi aggiornato al [//]		Diff.	Tempo	Diff.	Tempo	Diff.	Tempo

Retrovisore completo	Sx	S	1,0	S		S							490,00
----------------------	----	---	-----	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--------

Codice / Riparatore	Fascia Carr. A1	Totale Tempi	SR 1,0	LA	VE operativo	ME	Totale Ricambi € 490,00	
Telefono:	Ore	Supplemento Finitura 10% max ore 3	Ore	Tempo Aggiuntivo per Verniciatura	Ore 1,6	Totale Tempi Supplementari	Ore	Totale tempi VE Ore

Valore Assicurato(A) €	Valore a nuovo(N) €	Ricambi	Imponibile € 490,00	Iva € 98,00	Totale € 588,00
----------------------------------	-------------------------------	---------	-------------------------------	-----------------------	---------------------------

Insuff. Assicurativa % (C-A)/Cx100=	Coeff. Riduzione % (N-C)/Nx100=	Materiale Consumo Ore €/h 11,55	€	€	€
--	------------------------------------	--	---	---	---

Totale Imponibile	€ 513,21	Nolo Dime e/o Varie	€	€	€
-------------------	----------	---------------------	---	---	---

Degrado	€	Mano d'opera carrozzeria Ore 1,00 €/h 20,66	€ 20,66	€ 4,13	€ 24,79
---------	---	--	---------	--------	---------

Insufficienza Assicurativa %	€	Mano d'opera meccanica Ore €/h 20,66	€	€	€
------------------------------	---	---	---	---	---

Totale (Imponibile)	€ 513,21	S.Rifiuti 0,50 % di	510,66	€ 2,55	€ 2,55
---------------------	----------	---------------------	--------	--------	--------

Totale (Iva Compresa)	€ 615,85	TOTALE STIMA		€ 513,21	€ 102,13	€ 615,34
-----------------------	----------	--------------	--	----------	----------	----------

Franchigia/Scoperto min. e il max del %	€	Importo Richiesto	Importo Concordato	Importo Lesioni	Fermo Tecnico Giorni 0,2
---	---	-------------------	--------------------	-----------------	---------------------------------------

Indennizzo Contrattuale	€	Importo Richiesto	Importo Concordato	Importo Lesioni	Fermo Tecnico Giorni 0,2
-------------------------	---	-------------------	--------------------	-----------------	---------------------------------------

TOTALE Indennizzo	€ 513,21	Osservazioni:
-------------------	----------	---------------

[70003] - AutoSoft S.r.l. - Tel.0771/681436 r.a. [11753]	Data consegna 29/06/2009	Firma Professionista per. ind. Ernesto Sion	Ruolo N. 3812	Foglio N. 1
--	------------------------------------	--	-------------------------	-----------------------

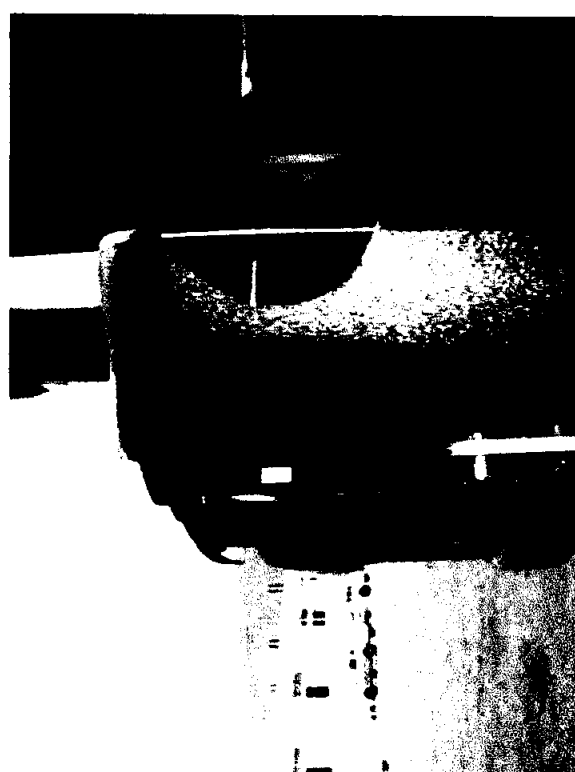
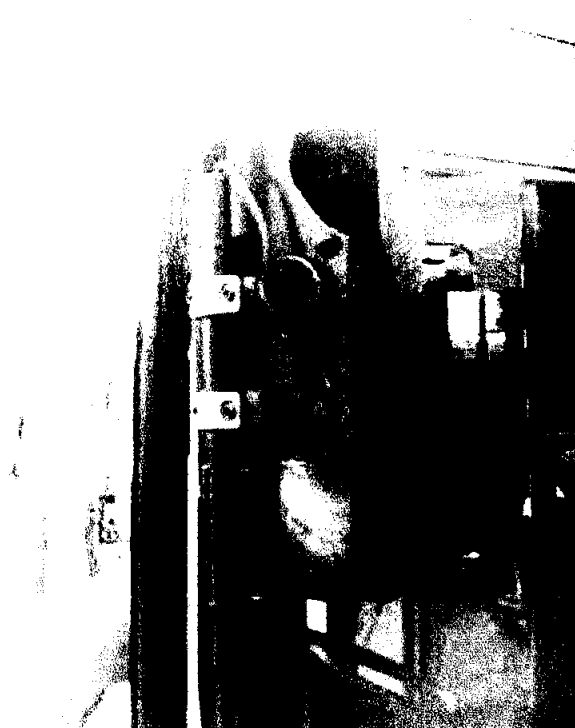
Genius Professional Ver:	RELEASE:			
--------------------------	----------	--	--	--

per. Ind. Ernesto Slon
INFORTUNISTICA STRADALE
Via Emilia, 115
74100 - Taranto (Ta)
P.IVA: 01739870739
Tel.: TEL -FAX 0997366544
Posiz: Ruolo N.: 3812

Perizia N.: 2144,00/09
Compagnia: AMAT
Ispettorato:
Agenzia:
Sin. Numero: 190/NS/09
Numero Pol.:

Ramo sinistro: RCA RISC. ASS.
Data Sinistro: 12/06/2009
Data Perizia: 18/06/2009

Assicurato: AMAT N.553
Veicolo: IRISBUS ITALIA TIPO 491E.12UJ91/T/F2G
Targa: CX273XG
Controparte: IGNOTO



DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 190/NS/09	DATA SINISTRO 12/06/2009	ORA 12.40	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA 16	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIALE MAGNA GRECIA		ANGOLO	
DIREZIONE PORTO MERCANTILE - LEPORANO		N° SOCIALE 553	TARGA AUTOBUS CX 273 XG	
MATR. AGENTE 127675	COGNOME D'ARCANGELO	NOME MARCELLO	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA TARANTO	DATA DI NASCITA 17-06-1975	DATA ASSUNZIONE 01-03-2006	COMUNE DI RESIDENZA TARANTO	C.A.P. 74100
DOMICILIO VIA G. VERDI N. 39	TIPO PATENTE D	N° PATENTE TA5245213X	RILASCIATA A TARANTO	DATA RILASCIO 14/07/2008
		SCADENZA PATENTE 14/07/2013		
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA	MODELLO Furgone	TARGA DV 223 MH	PROPRIETARIO	COMUNE DI RESIDENZA
VIA / PIAZZA			COMPAGNIA ASSICURATRICE	
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA			COMUNE DI RESIDENZA	
1° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
2° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 2° VEICOLO

MARCA	MODELLO	TARGA	PROPRIETARIO	RESIDENZA
DOMICILIO		COMPAGNIA ASSICURATRICE	IMPORTO DANNI	LIQUIDATORE
3° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		
4° DANNEGGIATO		NATURA DEL DANNO		

AUTORITA' INTERVENUTA

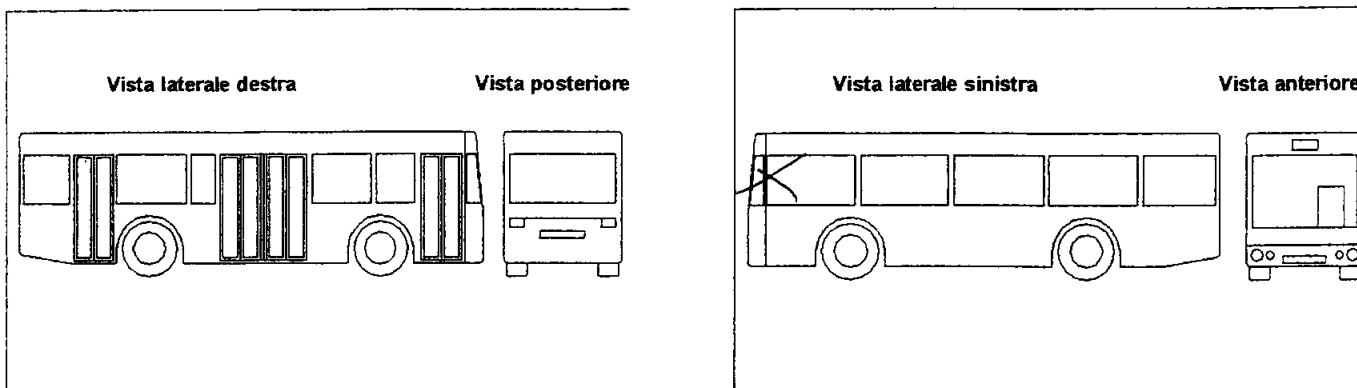
TESTIMONI
BLE' FILOMENA 3314732639
D'ARCO PARIDE

RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO
SINISTRO ATTIVO

☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

SPECCHIO SINISTRO

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

NON RILEVATI

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

MENTRE EFFETTUAVO L'ULTIMA FERMATA DI VIALE MAGNA GRECIA PER CONSENTIRE LA SALITA E LA DISCESA DELL'UTENZA, UN FURGONE DI COLORE BIANCO DI TIPO COMMERCIALE CHE PROCEDEVA SULLA CORSIA DI SINISTRA URTAVA CONTRO LO SPECCHIO SINISTRO DEL BUS DANNEGGIANDOLO.
IL CONDUCENTE DI TALE FURGONE, DOPO L'URTO, SI DILEGUAVA DAL LUOGO DELL'IMPATTO.
LA VIAGGIATRICE BLE' FILOMENA RIUSCIVA A RILEVARE LA TARGA DEL FURGONE E SI DICHIARAVA ANCHE DISPONIBILE A FORNIRE DICHIARAZIONE TESTIMONIALE.
ANCHE IL COLLEGA D'ARCO PARIDE CHE MI SEGUIVA A POCHI METRI ALLA GUIDA DI ALTRO BUS AZIENDALE, MI CONFERMAVA DI AVER VISTO TUTTO E SI DIMOSTRAVA DISPONIBILE A TESTIMONIARE SULL'ACCADUTO.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

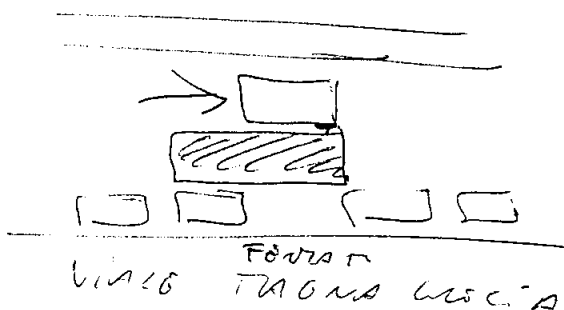
LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

TAI 15/06/09

pagina

2



per. ind. Ernesto Sion INFORTUNISTICA STRADALE Via Emilia, 115 74100 - Taranto (Ta) P.IVA: 01739870739 Tel.: TEL -FAX 0997366544 Posiz.Ruolo N.:3812		Nota Spese ed Onorario per la Spett.le		Codice	Ns. Riferimento	
		AMAT			2144,00/09	
		Assicurato	Controparte		Impresa Controparte	
		AMAT N.553	IGNOTO		N.N.	
Esercizio	Sinistro N.		Codice Agenzia		Data Sinistro	
2009	190/NS/09				12/06/2009	
Codice Perito	Cod. Liquidatore	Cod. Ispett.	Numero Polizza	Ramo	Tipo Sx.	
				/	RCA RISC. ASS.	
Data Incarico	Data effett. Perizia	Località	Presso	Carr. Fascia	Foto	
18/06/2009	18/06/2009	TARANTO	ASS	A1	4	
					Data Restituzione	
					29/06/2009	

ONORARI	
Perizia	30,00
Riscontro	
Interlocutoria	
Accertamento	
Negativa	
Suppl ARD	
Sup. Concordato	
Sup.Liquidazione	
Totale onorario	30,00

SPESE	IMPONIBILI	NON IMPON.
Km. -		
Foto 4 -		
Postali/Telefon.		
Visura		
Raccomandate		
Varie		
Totale spese		

TOTALI	
Imponibile	30,00
Cassa 2,00 %	0,60
I.V.A. 20 %	6,12
Totale	36,72
Non Imponib.	
Totale	36,72
Rit. Acc. 20 %	6,00
Totale	30,72

Note:

Taranto, li' 30/06/2009

Importo PERIZIA IVA compresa:615,34

Data..... Visto del Liquidatore.....

Genius Professional - by AutoSoft 0771/681436 r.a.

Taranto, lì 08/settembre/2009

Al Capo Unità AA.GG.
Dott. ssa Tiziana Tursi

S E D E

Oggetto: Verifica esistenza danni ai bus.

In riferimento al sinistro n° 190/NS/09 del 12/06/2009 si comunica che è stata effettuata la verifica esistenza danni, ai sensi del punto 6.2.1. della procedura PR.08 "Gestione Sinistri", al bus con numero aziendale 553.

Sulla zona d'urto descritta dal conducente risultano danni allo specchio laterale sinistro.

Distinti saluti

Prot. N. 57676
Del 23 SET. 2009
P. PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./P.R./SINISTRI ☒
UA ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC CONTABILITÀ/BILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UP PERSONALE/RETI/SEZIONI ☐
UT TECNICO ☐
URPT PRODOTTI/TRAFFICO ☐
URRG RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STO STAFF QUALITÀ ☐

Il Responsabile Area Tecnica
Ing. Gabriele Passeretti