

Denuncia sinistro <input type="checkbox"/> Polizza R.C. Vettoriale <input type="checkbox"/> Polizza per conto		Sinistro asko-nr.	
A Asko Srl Via Pacinotti 13 I-39100 BOLZANO (BZ) ☎ +39 (0) 471 / 501389 ☎ +39 (0) 471 / 501325 Email: info@asko24.com www.asko24.com		Assicurato (Nome, indirizzo e mail) Polizza nr.:	
È possibile corrispondere direttamente con i soggetti coinvolti nel sinistro?: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Vs. sinistro-nr.: Certificato-nr.:	
Committente: (nome e luogo)		Richiedente indennizzo: (nome e luogo)	
Mittente: (nome e luogo)		Responsabile del danno: (nome e luogo)	
Destinatario: (nome e luogo)		Genere del danno: <input type="checkbox"/> Perdita/ parziale <input type="checkbox"/> Avaria <input type="checkbox"/> Contrassegno <input type="checkbox"/> Differenza inventariale <input type="checkbox"/> Ritardo nella consegna <input type="checkbox"/> Altro	
Ambito del danno: <input type="checkbox"/> Movimentazione <input type="checkbox"/> Deposito <input type="checkbox"/> Trasporto <input type="checkbox"/> Carico a collettame <input type="checkbox"/> Danno autoprod. <input type="checkbox"/> Altro			
Ammontare previsto del danno in EUR:		Regresso possibile? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Peso della merce danneggiata/perduta (kg):		Data prima contestazione:	
Tipologia merce:		Valore della merce (EUR):	
Data di spedizione:	Numero spediz...:	Data del sinistro:	
Data dell'ordine:	Data di consegna:	Targa autocarro:	
Avvenuto trasbordo? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Carico effettuato da: <input type="checkbox"/> Committente <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Entrambi		
Semplice ricevuta? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Scarico effettuato da: <input type="checkbox"/> Destinatario <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Entrambi		
Peso della spedizione (kg):	Numero dei colli:	Intervenuto la polizza? <input type="checkbox"/> si (allegare rapporto)	
Commissario d'Avaria? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> nome e riferimento pratica	<input type="checkbox"/> no		
Descrizione del danno (eventualmente allegato a parte): 			
Obiezioni alla richiesta: si <input type="checkbox"/> (specificare le obiezioni) no <input type="checkbox"/>			
Informazioni sul coinvolgimento dei soggetti: Pur senza obbligo di farlo, le compagnie assicuratrici sono legittimate a rivendicare per noi a proprio nome il coinvolgimento nell'evento sinistro.		Allegati: <input type="checkbox"/> Nota di consegna <input type="checkbox"/> Verbale del sinistro <input type="checkbox"/> Lettera di vettura <input type="checkbox"/> Fattura spedizioniere <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incarico spedizioniere	
Luogo:	Data:		

Firma:

<input type="checkbox"/>	Perizia	<input type="checkbox"/>	Ricevuta di presa incarico
<input type="checkbox"/>	Denuncia di respons.	<input type="checkbox"/>	Certificato di assicurazione
<input type="checkbox"/>	Polizza di carico	<input type="checkbox"/>	Certificazione del valore
<input type="checkbox"/>	Distinta carico-/elenco colli	<input type="checkbox"/>	(ev. Fattura di consegna)
<input type="checkbox"/>	fattura danni	<input type="checkbox"/>	Altro