

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, 24/09/2009

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 23/09/2009 A POL. RCV N. 25440046
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN)
NS. RIF. 273/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: 5

24 SET. 2009 16:34

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00251603288	24 SET. 16:32	02' 29	TX	05	OK

24 SET. 2009 15:47

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	24 SET. 15:45	01'14	TX	05	OK

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 273/NS/09		DATA SINISTRO 23/09/2009		ORA 16.50		MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA 8		LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIA P. AMEDEO				ANGOLO VIA PISANELLI	
DIREZIONE PORTO MERCANTILE - CEP						N° SOCIALE 429	
TARGA AUTOBUS BL 532 KL							
MATR. AGENTE 154800		COGNOME LOPRETE		NOME SANTO BRUNO		QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA BROLO		DATA DI NASCITA 02-10-62		DATA ASSUNZIONE 12-12-2005		COMUNE DI RESIDENZA SAN GIORGIO JONICO	
						C.A.P. 74027	
DOMICILIO VIA BOTTICELLI N. 13 Pal. A		TIPO PATENTE D		N° PATENTE TA2303161H		RILASCIATA A TARANTO	
						DATA RILASCIO 17/01/1995	
						SCADENZA PATENTE 10/02/2010	
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE				COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE			

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA Land		MODELLO 2000 D		TARGA ZA 188 GN		PROPRIETARIO IACOVELLI CATALDO		COMUNE DI RESIDENZA TARANTO	
VIA / PIAZZA VIA ROMA, 12 099/4595544						COMPAGNIA ASSICURATRICE SARA ASS.NI Pol. CY21273AG. VIALE MAGNA GRECIA			
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA IACOVELLI CATALDO								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			

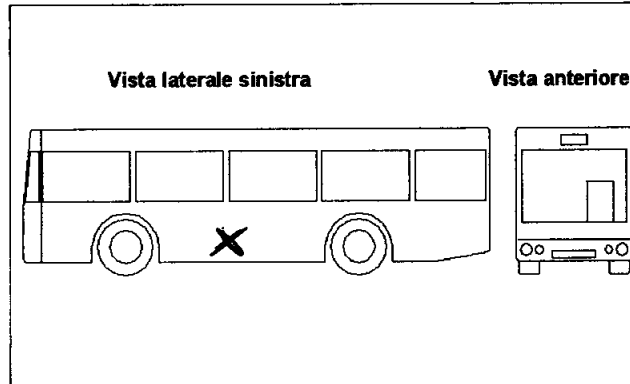
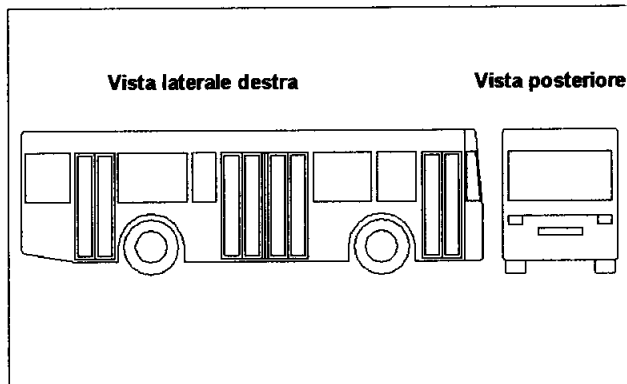
AUTORITA' INTERVENUTA

TESTIMONI
SIG.RA MURIANNI CALLIOPE - VIA GARIBALDI, 25 TARANTO 099/4707331
CALIANDRO GIUSEPPE - VIA BASTA, 19 TARANTO 3930971515

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

SFONDAMENTO DELLA FIANCATA CENTRALE SINISTRA

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

PARTE ANTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

ALL'INTERSEZIONE DI VIA PRINCIPE AMEDEO CON VIA PISANELLI, IL BUS VENIVA VIOLENTEMENTE URTATO SULLA FIANCATA CENTRALE SINISTRA DA UN'AUTOVETTURA LAND ROVER CHE DALLA SINISTRA ATTRAVERSAVA L'INCROCIO SENZA FERMARSI ALLO STOP.

PRECISO CHE AL MOMENTO DEL SINISTRO IL SIG. IACOVELLI ERA L'UNICO OCCUPANTE DELL'AUTOVETTURA, E SI ASSUNGEVA LA RESPONSABILITA' DELL'ACCADUTO.

A BORDO DEL BUS NON RICEVEVO LAMENTI DA PARTE DELL'UTENZA.

DUE VIAGGIATORI SI DICHIARAVANO DISPONIBILI A TESTIMONIARE.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

T.A. 24/09/09

pagina

2

DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 273/NS/09	DATA SINISTRO 23/09/2009	ORA 16.50	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA 8	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIA P. AMEDEO		ANGOLO VIA PISANELLI	
DIREZIONE PORTO MERCANTILE - CEP			N° SOCIALE 429	TARGA AUTOBUS BL 532 KL
MATR. AGENTE 154800	COGNOME LOPRETE	NOME SANTO BRUNO	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA BROLO	DATA DI NASCITA 02-10-62	DATA ASSUNZIONE 12-12-2005	COMUNE DI RESIDENZA SAN GIORGIO JONICO	C.A.P. 74027
DOMICILIO VIA BOTTICELLI N. 13 Pal. A	TIPO PATENTE D	N° PATENTE TA2303161H	RILASCIATA A TARANTO	DATA RILASCIO 17/01/1995
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE			COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE	

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA Land	MODELLO 2000 D	TARGA ZA 188 GN	PROPRIETARIO IACOVELLI CATALDO	COMUNE DI RESIDENZA TARANTO
VIA / PIAZZA VIA ROMA, 12 099/4595544			COMPAGNIA ASSICURATRICE SARA ASS.NI Pol. CY21273AG. VIALE MAGNA GRECIA	
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA IACOVELLI CATALDO				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
SIG.RA MURIANNI CALLIOPE - VIA GARIBALDI, 25 TARANTO 099/4707331
CALIANDRO GIUSEPPE - VIA BASTA, 19 TARANTO 3930971515

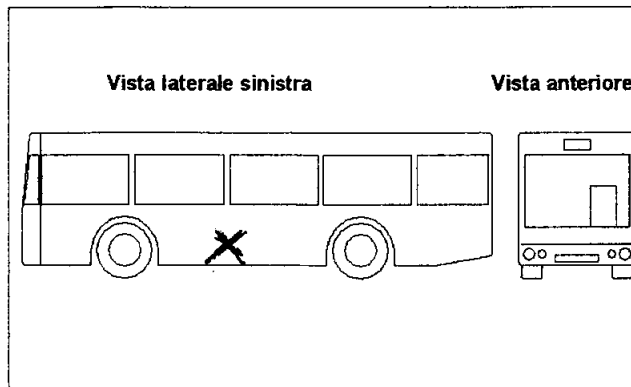
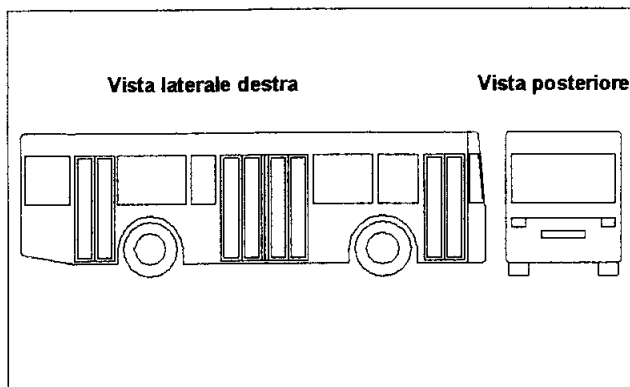
RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO
SINISTRO ATTIVO ☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA % COLPA CONDUCENTE

N° SINISTRO
273/NS/09



DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

SFONDAMENTO DELLA FIANCATA CENTRALE SINISTRA

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

PARTE ANTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

ALL'INTERSEZIONE DI VIA PRINCIPE AMEDEO CON VIA PISANELLI, IL BUS VENIVA VIOLENTEMENTE URTATO SULLA FIANCATA CENTRALE SINISTRA DA UN'AUTOVETTURA LAND ROVER CHE DALLA SINISTRA ATTRAVERSAVA L'INCROCIO SENZA FERMARSI ALLO STOP.

PRECISO CHE AL MOMENTO DEL SINISTRO IL SIG. IACOVELLI ERA L'UNICO OCCUPANTE DELL'AUTOVETTURA, E SI ASSUMEVA LA RESPONSABILITA' DELL'ACCADUTO.

A BORDO DEL BUS NON RICEVEVO LAMENTI DA PARTE DELL'UTENZA.

DUE VIAGGIATORI SI DICHIARAVANO DISPONIBILI A TESTIMONIARE.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

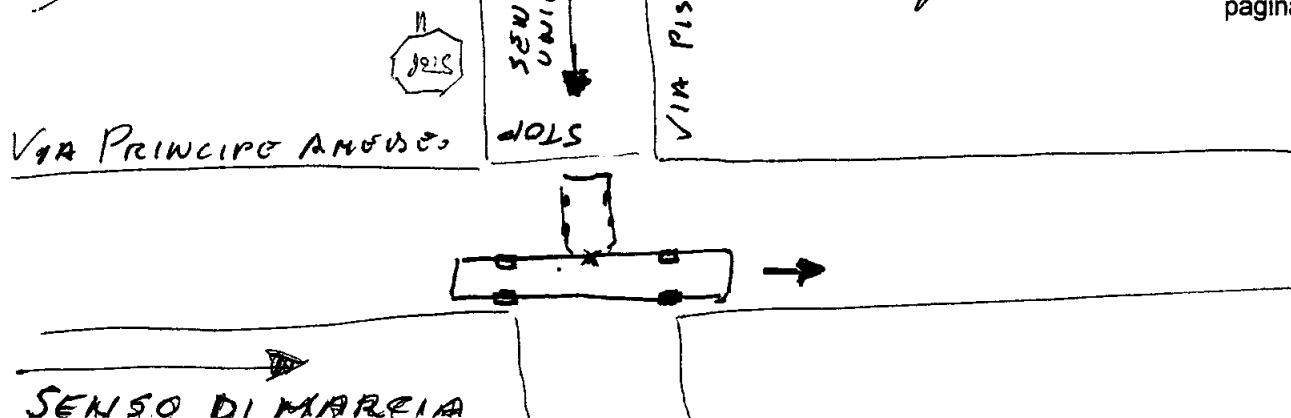
Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

pagina

2



1. data incidente 23/09/2009	ora 16.50	2. luogo (comune, provincia, via e numero) TARANTO - VIA P. ATTEDDIO	INCROCIO CON VIA PISANELLI	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) MURIANNI CALLIOPE (TRASP. A) ALIANORO GIUSEPPE (" A)				

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 URBANO

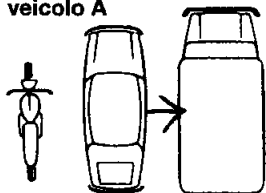
A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo N. di targa o telaio BL 532 KL Stato d'immatricolazione _____	N. di targa o telaio Stato d'immatricolazione _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione **NATIONALE SUISSE**
N. di polizza **25440046**
N. di Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde
valido dal **31/03/09** al **31/03/2010**
Agenzia (o ufficio o intermediario) _____

Denominazione **IACOVINO BROKERS**
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 **LOPRETE**
(stampatello)
Nome **SANTO BRUNO**
Data di nascita **21/01/62**
Codice Fiscale _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
S. GIORGIO S. (TA) VIA DOMICILI, 13 TARANTO
Stato _____
N. Tel. o E-mail _____
Patente N. **TA 2303 161 H**
Categ. (A, B, ...) **D** valida fino al _____

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



11. danni visibili al veicolo A
SFONDATEMENTO FRANTUO CENTRALE SINISTRA

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

Amato Bruno B

veicolo B

6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)
Cognome **IACOVELLI**
(stampatello)
Nome **CATALDO**
Codice Fiscale / Partita IVA _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIA ROMA, 12
C.A.P. **74100** Stato _____
N. Tel. o E-mail _____

7. veicolo
AUTOVETTURA

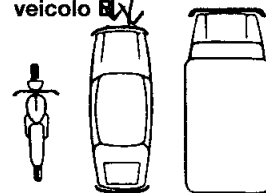
A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo N. di targa o telaio LAND ROVER ZA 188 GN Stato d'immatricolazione _____	N. di targa o telaio Stato d'immatricolazione _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione **SARA**
N. di polizza **CY21273**
N. di Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde
valido dal _____ al _____
Agenzia (o ufficio o intermediario) _____

Denominazione _____
Indirizzo **VIALE TRIANA GRACIA**
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 **IACOVELLI**
(stampatello)
Nome **CATALDO**
Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
TARANTO - VIA ROMA, 12
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
PARTI ANTERIORE

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 **B**

TARGA

BL 532 KL

Testimone

Nome e cognome

MURIANNI CALLIOPE

Codice fiscale

Indirizzo VIA GARIBOLDI, 25 TARANTO

Tel. 099-4707331

Testimone

Nome e cognome

GIUSEPPE CALIANDRO

Codice fiscale

Indirizzo VIA PASTA, 19 TARANTO

Tel. 3930971515

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

TARGA

Testimone

Nome e cognome

Codice fiscale

Indirizzo

Tel.

Testimone

Nome e cognome

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

CEDOLA DI VIAGGIO DEL BUS N° 429 **DATA** 23/09/2009

[illegible]

SARA

7361234

736 47 62

(Nichols)

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° <u>14</u> DALLE ORE <u>6/30</u> ALLE ORE <u>8/56</u> LINEA <u>13/3</u> FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO <u>g. cono allardato</u>	TURNO DI SERVIZIO n° _____ DALLE ORE <u>15/30</u> ALLE ORE <u>17/15</u> LINEA _____ FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO _____	TURNO DI SERVIZIO n° _____ DALLE ORE <u>15/30</u> ALLE ORE <u>22/15</u> LINEA <u>8</u> FIRMA OPERATORE DI ESERCIZIO <u>LOPOTTE BRUNO</u>																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)</th> <th>Inizio Turno</th> <th>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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)</th> <th>Inizio Turno</th> <th>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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CONTROLLI (Barrare la voce che ricorre)</th> <th>Inizio Turno</th> <th>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>☒</td><td>☒</td></tr> <tr><td>Sigilli maniglia uscita di sicurezza</td><td>☒</td><td>☒</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	☒	☒	Sigilli maniglia uscita di sicurezza	☒	☒	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																																																																																																																					
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	☒	☒																																																																																																																					
Sigilli maniglia uscita di sicurezza	☒	☒																																																																																																																					
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 MOM. LA 424 PRESENTAVA SUL 200 PERIMETRO, AUTOMATICO DI VECHIA DATA, IN PART. AMM. DI FANTO COM. SA. LOPOTTE
 * ALLO 16.50 CIRCA IN VIA P. ALESSIO ANG. VIA PISANELLI, VECH. VIOLENTAMENTE URTATO DA UNA LAND ROVER NELLA FIANCA DI
 ** - LOPOTTE BRUNO

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

/ ore _____

Taranto, li 01 OTT. 2009

Prot. 18083 UAG

Egr. Sig.ra
Murianni Calliope
Via Garibaldi, 25
74123 - TARANTO

OGGETTO: SINISTRO DEL 23/09/2009
Verificatosi in Via P. Amedeo incrocio con Via Pisanelli
Ns. Rif. 273/NS/09

La S.V. è gentilmente invitata a recarsi all'Ufficio sinistri aziendale, situato alla Via C. Battisti, 657, previo appuntamento telefonico con l'addetto all'Ufficio (Tel. 099/7356261), per comunicazioni urgenti riguardanti l'evento indicato in oggetto.

La ringraziamo anticipatamente per l'attenzione che riserverà alla presente e porgiamo distinti saluti.

3
le
IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Marchecchia)

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, 07/10/2009

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 23/09/2009 A POL. RCV N.25440046
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN)
NS. RIF. 273/NS/09

CON RIFERIMENTO AL SINISTRO INDICATO IN OGGETTO, IN ALLEGATO ALLA PRESENTE VI TRASMETTIAMO NOTA PROT.17873 DEL 29/09/2009 DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI FORMULATA DAL SIG. **CALIANDRO GIUSEPPE**.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 10

RAFFORTO TX

07 OTT. 2009 12:25

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00251603288	07 OTT. 12:19	05'25	TX	10	OK

07 OTT. 2009 12:19

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	07 OTT. 12:15	03'26	TX	10	OK

Taranto, li 09 OTT. 2009

Prot. n.: 18650 UAG

Raccomandata A.R.

Egr. Sig.
Caliandro Giuseppe
Via Basta, 19
74123 - TARANTO

e p.c. 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
74123 - TARANTO

OGGETTO: Sinistro del 23/09/2009
Ns. Rif. 273/NS/09

Con riferimento a quanto indicato in oggetto, Vi comunichiamo che la Vs. nota datata 29/09/09, ns. prot. 17873 del 29/09/2009, è stata inviata, per opportuna conoscenza, alla ns. Compagnia Assicuratrice **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI Spa** e alla **Iacobino Insurance Brokers Srl**.

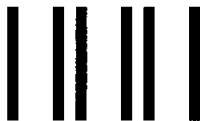
Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

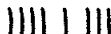
Posteitaliane

Avviso di ricevimento

EP 0683/EP 0505 - Mod. 23 I/P - MOD. 01304 - EX 08402E - S. 14 Ed. 07/05



A.M.A.T. s.p.a.
AZIENDA PER LA MOBILITA'
NELL'AREA DI TARANTO
Via C. Battisti, 657
74100 TARANTO



273/15/09

Avviso di ricevimento

Espresso n. 1

Settimanale

Assicurato

di

Numero

13224057136 3

Data di spedizione

Dall'ufficio postale di

Destinatario

CALABRO GIUSEPPE

Via

BASIA, 19

C.A.P.

74123

Città

TARANTO

Firma per esteso del ricevente
(Nome e Cognome)

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

Il presente avviso è valido per la distribuzione
della corrispondenza a domicilio
per la quale è stato pagato il bollo di distribuzione

Taranto, li 07/10/2009

Egr. Ing.
Cigliese Cosimo
Responsabile Area Commerciale
SEDE

OGGETTO: Sinistro n.276/NS/09 del 25/09/2009
Utente: **Bufano Angela** nata il 01/01/1930

Sinistro n.273/NS/09 del 23/09/2009
Utente: **Caliandro Giuseppe** nato il 20/07/1987

Sinistro n.259/NS/09 del 08/09/2009
Utente: **Merico Laura** nata il 31/01/1939

Vogliate comunicarci se gli utenti indicati in oggetto, al momento dei sinistri, erano in possesso di validi abbonamenti per poter viaggiare sui bus.

In attesa di Vs. cortese riscontro, porgiamo distinti saluti.

Il Capo Unità
AA.GG. - P.R. - Sinistri
D.ssa Tiziana Tursi

3

18532

Prot. N°	08 OTT. 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/RETRIBUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
ut.PT	PRODOTTI/TRAFFICO ☐
ut.RG	RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
STV	STAFF QUALITÀ ☐
	☐

C-2/AS/09

IL SOTTO SCRITTO CALIANDRO GIUSEPPE,
NATO A TARANTO IL 20/07/1987, RESIDENTE
A TARANTO IN VIA BASTA 19.

DICHIARA ALL'AGENZIA AMAT DI TARANTO,
CHE IL GIORNO 23/09/2009, ERO PASSAGGERO
DELL'AUTOBUS N°8, NUMERO DI UTTERA 429.
E A CAUSA DI UN SINISTRO AVVENUTO IN
VIA PRINCIPES AMBEDO ANGOLO VIA PISANELLI,
HO RICONTRATO A CAUSA DEL SINISTRO, UN
COLPO DI FRUSTA ALLA LOMBARE COME
ATTESTANO I DOCUMENTI RILASCIATI DAL
PRONTO SOCCORSO E DAL MEDICO PERSONALE.
TARANTO.

29/09/2009

FIRMA:

Calandro Giuseppe

FIRMA DEL RICEVENTE:

17873

Prot. N.	29 SET. 2009
Del	
P	PRESIDENTE ☐
DG	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG	AFFARI GEN/PR. SINISTRI ☒
UA	ACQUISTI / CONTRATTI ☐
UC	CONTABILITA' / BILANCIO ☐
UI	INFORMATICA ☐
UP	PERSONALE / RETROCUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
UPT	PRODOTTI TRAFFICO ☐
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STQ	STAFF QUALITA' ☐

NB. SI ALLEGA FOTOCOPIA TESSERA
ABBONATO AMAT. IN CORSO DI VALIDITA':

Calandro Giuseppe

SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA

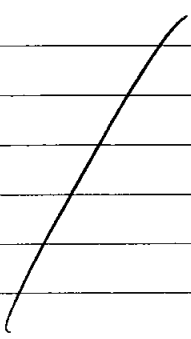
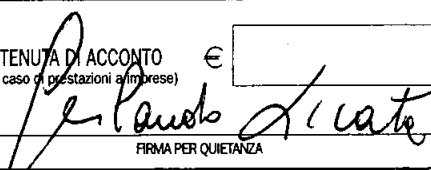
Dott. GERLANDO LICATA
Medicina Generale
Via Foscolo, 107 - Tel.: 099.4714112
74100 TARANTO
Cod. Fisc.: LCT GLN 50511 Lu19C
Part. IVA 00910170511

RICEVUTA n. 56

data 28/9/09

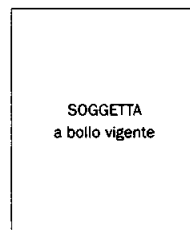
S IP. Caliendo GIUSEPPE
Via BASTA N. 19 Taranto

Cod. Fiscale Part. IVA

descrizione della prestazione sanitaria o della cessione	Importo
V. in medicina	€ 40,00
	
RITENUTA DI ACCONTO €  (in caso di prestazioni a imprese)	
 FIRMA PER QUIETANZA	
Totale € € 40,00 bollo o IVA 20% € 8,00 da pagare € € 48,00	

La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18, del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.

In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.



APPLICARE LA MARCA SUL RETRO

16

Dott. GERLANDO LICATA
MEDICO - CHIRURGO
Via Foscolo, 107 - Tel. 099 4714112
74100 TARANTO

Catania - 28/9/08

28/9/08

Per l'ho di Catania
Lun 16, ma e Taranto 20/7/08
e effetto che alga reche eche
che centrocolpo, per le eche
muscolari; Presupp. quadi (n. 15)
si impo e cur. dal 26/9/08 -

N.B. mura eche
dal 27/9/08

Dr. GERLANDO LICATA
MEDICO - CHIRURGO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

CERTIFICAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 25464

Data 23-01-01

Orario di Ingresso 18:15

Orario di Uscita 18:20

Cognome Colicchio Nome Giuseppe Sesso M F

Luogo e data di nascita 12-10-20-82

Residenza via Bate 11

Documento d'identità

Diagnosi lacerazione di cute

Prognosi 3 (E) f.s.c.

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☐ SI ☐ NO Riconcontro diagnostico ☐ SI ☐ NO

Specificare se si tratta di:

- | | |
|--|---|
| ☐ Infortunio sul lavoro | ☐ Incidente stradale |
| ☐ Lesioni provocate | ☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi |
| ☐ Infortunio scolastico | ☐ Incidente domestico |
| ☐ Incidente sportivo | ☒ Altro ferimento auto 429 |
| ☐ Morso di animali | ☐ Accidentale |

Data dell'incidente 01/01/01 Luogo dell'incidente

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: ☐ SI ☐ NO

Ricovero: ☐ NO ☐ SI Reparto

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE

Cod. Fisc. e P. IVA 02026690731

CENTRO UNIFICATO PRENOTAZIONI

OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO

FATTURA N. RD

: 45035/F/1

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
TARANTO / 1
Cod. Fisc. e P. IVA 02026690731
CENTRO UNIFICATO PRENOTAZIONI
OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - TARANTO

CENTRO UNIFICATO PRENOTAZIONI

Data : 25-09-2009

Al Signor / Ente : CALIANDRO GIUSEPPE
Residente a : TARANTO
in Via/P. Zza : BASTA 19
C.F. / P.I. : CLNGPF87L20L049A

Causale : Certificazione medico legale

Imponibile : 25.00
I.V.A. : 5.00
TOTALE Euro : 30.00

I Vostri dati anagrafici e fiscali sono da Noi comunicati al Reparto di competenza
la Vostra responsabilità salvo diversa comunicazione

CASSA
PROFESSIONE
1

851 - 01011094

1° COPIA ORIGINALE PER L'ASSISTITO - 2° COPIA DA CONSEGNARE IN REPARTO - 3° COPIA PER L'UFFICIO CASSA

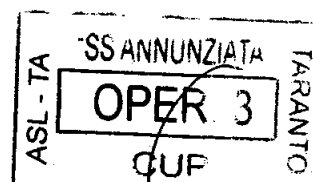
C.U.P. - REGIONE PUGLIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA
CASSA N. 89 PARTITA IVA:02026690731
OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO VIA BRUNO, 1

DATA: 26/09/2009

RICEVUTA TICKET N. 211046

Codice fiscale: CLNGPP87L20L049A
Assistito: CALIANDRO
Data nascita: 20/07/1987
Residenza: TARANTO
Indirizzo: VIA G.BASTA, 19
Esenz. ticket: NON ESENTE
N.ro ricetta: S 2009000 Y 0000052339
Data Referto: 23/09/2009

GIUSEPPE



N. Referto: 25464

COD. PRESTAZIONE	SEDE CEN.COS	Q.TA'	IMPORTO
8724 RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	0506	6901 1	17,30

CONTANTE	TOTALE PRESTAZIONI	17,30
	TOTALE TICKET	17,30

FUORI CAMPO IVA	ESENTE DA BOLLO
ART. 4/5 D.P.R. 633/72	ART. 9 - D.P.R. 642/72
E SUCCESSIVE MODIFICHE	E SUCCESSIVE MODIFICHE

L'addetto alla riscossione
----- 178T -----

Legenda sedi operative e centri di costo:
0506 OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

6901 RADIOLOGIA

Svimservice S.p.A.

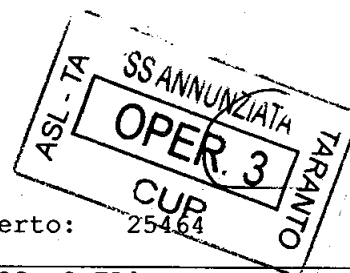
C.U.P. - REGIONE PUGLIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA
CASSA N. 89 PARTITA IVA:02026690731
OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO VIA BRUNO, 1

DATA: 26/09/2009

RICEVUTA TICKET N. 211045

Codice fiscale: CLNGPP87L20L049A
Assistito: CALIANDRO GIUSEPPE
Data nascita: 20/07/1987
Residenza: TARANTO
Indirizzo: VIA G.BASTA, 19
Esenz. ticket: NON ESENTE
N.ro ricetta: S 2009000 Y 0000052338
Data Referto: 23/09/2009

N. Referto: 25464



COD.	PRESTAZIONE	SEDE	CEN.COS	Q.TA'	IMPORTO
R040	VISITA SPEC. PRONTO SOCCORSO	0506	0903	1	19,21

CONTANTE	TOTALE PRESTAZIONI	19,21
	TOTALE TICKET	19,21

FUORI CAMPO IVA	ESENTE DA BOLLO
ART. 4/5 D.P.R. 633/72	ART. 9 - D.P.R. 642/72
E SUCCESSIVE MODIFICHE	E SUCCESSIVE MODIFICHE

L'addetto alla riscossione
----- 178T -----

Legenda sedi operative e centri di costo:
0506 OSP."SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

0903 PRONTO SOCCORSO

Svimservice S.p.A.



A.M.A.T.
Taranto

Trasporto pubblico urbano
di persone e bagaglio al seguito
partita I.V.A. 00146330733

Tessera di abbonamento

NUMERO: **A15847**

SCADENZA: **02-10-2003**

TITOLARE: **CALIANDRO GIUSEPPE**

NATO IL: **20-07-1987**

Costo tessera: L. 5000



AmAt S.p.A.

Azienda per la Mobilità nell'Area di Taranto

05/09/09 11:00:46 00146330733 003058

Tessera N. A15847 ID129

LINEE

URBANE

I31 - M.GIOU. <21/DIS./0

01/09/2009 - 30/09/2009

Euro 19.00

74100 TARANTO - Via Cesare Battisti, 657

N° 106074

CENTRO SERVIZI PERITALI SRL - Perito Vito COLAPIETRO

Via Europa, 35 - 74017 Mottola Tel e fax 099/886.47.88 Cell. 348/34.034.33 P.I. 02602260735 Ruolo 4818

E-mail: periziecol@alice.it Sede secondaria Via Lago di Santa Croce, 4 Taranto

ASS.NE NS
SIN 908.09.95802
Ng Ref- 6635/00/09Vs Ref 213/NS/09**ACCORDO CONSERVATIVO SUL DANNO**RESTA CONVENUTO TRA LE PARTI L'IMPORTO DI € 840,00 + 620,00 x fuso tecnico
IN LETTERE (Millequaranta/00)PER LE SOSTITUZIONI E RIPARAZIONI TUTTE DI PARTE MECCANICA, ELETTRICA E DI CARROZZERIA DEL VEICOLO
TARGATO BL 532 KL DI PROPRIETA' DI AMAT SPA

C/O

IN CONSEGUENZA DEL SINISTRO DEL 23/09/09

IL PRESENTE ACCORDO HA VALORE PURAMENTE CONSERVATIVO, LASCIANDO SALVO ED IMPREGIUDICATO TRA LE PARTI OGNI RECIPROCO DIRITTO IN RELAZIONE AL GRADO DI RESPONSABILITÀ NELLA PRODUZIONE DELL'EVENTO O A PARTICOLARI CLAUSOLE CONTRATTUALI DELLA POLIZZA.

L'IMPRESA, VALUTATA LA RESPONSABILITÀ E/O LE CLAUSOLE DI POLIZZA, PROVVEDERÀ IN TEMPI RAPIDI O COMUNQUE ENTRO I TERMINI DI LEGGE A FORMULARE OFFERTA O A MOTIVARNE IL RIFIUTO.

LIMITATAMENTE AI SINISTRI RCA, L'IMPRESA SOPRAINDICATA, DOPO AVER VALUTATO LA SITUAZIONE IN PUNTO DI RESPONSABILITÀ E LE EVENTUALI ALTRE VOCI DI DANNO, PROVVEDERÀ:

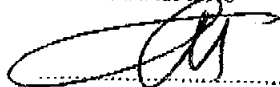
- ☐ QUALE IMPRESA GESTIONARIA IN REGIME DI RISARCIMENTO DIRETTO PER CONTO DELL'IMPRESA ASSICURATRICE DEL RESPONSABILE CIVILE, AI SENSI DELL'ART. 149 D.LGS 209/05 E DELL'ART. 8 DPR 254/06
- ☐ QUALE IMPRESA ASSICURATRICE DEL RESPONSABILE CIVILE, AI SENSI DELL'ART. 148 D.LGS 209/05 A FORMULARE UN'OFFERTA FORMALE DI RISARCIMENTO O A MOTIVARNE L'EVENTUALE DINIEGO ENTRO 60 GG DAL RICEVIMENTO DELLA RICHIESTA DI RISARCIMENTO COMPLETA DI TUTTI GLI ELEMENTI PREVISTI DALL'ART. 6 DPR 254/06 IN CASO DI PROCEDURA DI RISARCIMENTO DIRETTO O DALL'ART. 148 D.LGS 209/05 IN CASO DI PROCEDURA DI RISARCIMENTO ORDINARIO.

IN CASO DI SOTTOSCRIZIONE CONGIUNTA DEL MODULO DI CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE TALE TERMINE È RIDOTTO A 30 GG.

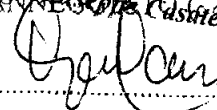
DATA

10.10.09

FIRMA PERITO

A.M.A.T. S.p.A.
IL PRESIDENTE

FIRMA DANIELE CASTELLO (chi ne fa le veci)



Prot. 18092 UAG

Taranto, li 01 OTT. 2009

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 23/09/2009 in località Taranto
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN)
Ns. Rif. 273/NS/09

La scrivente Azienda AMAT Spa (Codice fiscale 00146330733) proprietaria del veicolo AUTOBUS targato BL532KL e assicurato con la Compagnia NATIONALE SUISSE Assicurazioni, chiede il risarcimento dei danni subiti a seguito del sinistro avvenuto il giorno 23/09/2009 in Taranto in Via Principe Amedeo incrocio con Via Pisanelli.

L'altro veicolo coinvolto nell'incidente è l'autovettura LAND ROVER targata ZA188GN, di proprietà e condotta dal Sig. Iacovelli Cataldo, assicurata per la responsabilità civile auto con la SARA Assicurazioni SPA.

Il sinistro si è verificato secondo le modalità indicate nell'allegata denuncia di sinistro già anticipataVi via fax in data 24/09 u.s..

Hanno assistito al sinistro i Sig.ri Murianni Calliope e Caliandro Giuseppe, per i quali ci riserviamo di trasmetterVi le dichiarazioni testimoniali sull'accaduto.

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 Patichecchia)

N.B. Allegati alla richiesta di risarcimento:

- denuncia di sinistro su modulo Aziendale;
- modulo CAI.

Poste Italiane

Usc. di ricevimento

SEMPRE IN TUTTA SICUREZZA E CON PRESSIONE



246/1001
273/103/09 - 272
280/103/09 279

Mich. Dami

AZIENDA REGIONALE
NELLE REGIONI
1927 - 1928
74105 TAVCANO

13224057113 5

Provincia di _____

Ufficio Provinciale di _____

destinatario

ACQUINO INSURANCE BROKERS

ENVOI, 30

A.F.

74000

Località

TARRANT

irma per esteso del ricevente
nome e Cognome

Data

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio
di distribuzione

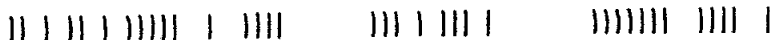
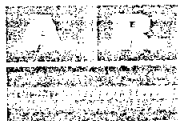
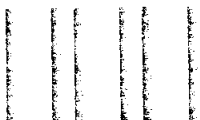
*** Consegna effettuata ai sensi dell'art. 33 D.M. 09-04-00

- Ricevitori e/o beneficiari destinatari
- Sottoscrizione di atti



6075N/0123

Aviso di ricevimento

[illegible]



7327405242 4

NATIONAL SUISSE ASSICURAZIONI - DIREZIONE TECNICA
Servizio Sinistri - Divisione Rami Auto

XXV APRILE

20097 S. DONATO TICINENSE (MI)

NATIONALE SUISSE
05 OTT 2009
RICEVUTO



Firma per esteso del mittente
(Nome e Cognome)

Firma dell'incaricato alla distribuzione

Bollo dell'ufficio di distribuzione

Consegna effettuata al servizio di cui è incaricato
• Per mittente e per destinatario
• Segue invio immediato

✓

REPORTO TX

01 OTT. 2009 17:55

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	01 OTT. 17:54	00'24	TX	01	OK

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, 19/10/2009

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 23/09/2009 A POL. RCV N.25440046
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN)
NS. RIF. 273/NS/09

CON RIFERIMENTO AL SINISTRO INDICATO IN OGGETTO, IN ALLEGATO ALLA
PRESENTE VI TRASMETTIAMO NOTA PROT.18940 DEL 14/10/2009 FORMULATA DAL
SIG. **CALIANDRO GIUSEPPE.**

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 4

IL SOTTOSCRITTO CALABRO GIUSEPPE,
NATO A TARANTO IL 29/07/1987,
RESIDENTE A TARANTO IN VIA BASTA N° 17,
ALLOGA ALLA DOCUMENTAZIONE RILASCIATA
ALL'UFFICIO PROTOCOLLO AMAT IL GIORNO
29/09/2009, RIGUARDANTE IL SINISTRO
ACCADUTO ALL'AUTOBUS N° DI VETTORIA
429, IL CERTIFICATO RILASCIATO DAL
MEDICO CURANTE PERSONALE, LA
CONTINUA DEI GIORNI DI MALATTIA,
TARANTO.

14/10/2009

FIRMA:

Calandro Giuseppe

FIRMA RICOVENTE:

RECAPITO TELEFONICO
3930971515

18960

Prot. N°	14 OTT. 2009
Del	
P	PRESIDENTE ☐
DG	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
DE	ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG	AFFARI GEN. RE. SINISTRI ☒
UA	ACQUISTI E FORNITURE ☐
UO	CONFERENZE PUBBLICHE ☐
U	INFORMATICA ☐
UP	PERSONALE E AMMINISTRAZIONE ☐
UT	TECNICO ☐
UPM	PRODOTTI E SERVIZI ☐
URO	RAGIONERIA E CONTABILITA' ☐
US	SERVIZIO ☐

Dott. BASILE FRANCESCO
OTORINOLARINGOIATRA
Via Nettuno, 48 74100 TARANTO
Cod. Fisc.: 031 FNC 55D03 L0490
Part. IVA: 00855480737

16/10/09

Centrico che il g. esordito
Luglietti assistente a mano e
una volta 14 ha è ancora
Grande in buona parte ancora
del 25/09/09 Polente ha ancora
Dopo l'operazione. L. G. G. G.
PART. 15 / 10 / 09 / 09
A partire del 11/10/09



RAFFORTO TX

19 OTT. 2009 13:11

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	19 OTT. 13:11	00'47	TX	04	OK

Taranto, li 19 OTT. 2009

Prot. 19271 UAG

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 23/09/2009
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN)
Ns. Rif. 273/NS/09

Con riferimento al sinistro indicato in oggetto, in allegato alla presente Vi trasmettiamo la dichiarazione testimoniale rilasciata in data 14/10 u.s. dal Sig. Caliandro Giuseppe.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
TARANTO

CARTA D'IDENTITA'

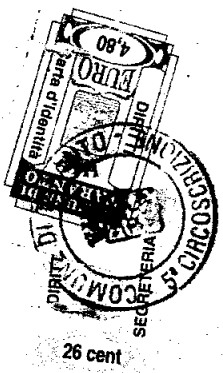
N°AK 1284947

DI

CALAMPRO

GIUGINE

SCADE IL 20/03/2011



AK 1284947



1428 - OFFICINA C.V. - ROMA

Cognome..... CALABRO
 Nome..... GIUSEPPE
 nato il..... 24/07/1987
 (atto n..... 1051 P. I..... S. A.....)
 a..... TARANTO..... (..... TA.....)
 Cittadinanza..... ITALIANA
 Residenza..... TARANTO
 Via..... BASIA, 19
 Stato civile..... STATO LIBERO
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... 1.75
 Capelli..... NERI
 Occhi..... CASTANI
 Segni particolari..... NESSUNO

Firma del titolare *Giuseppe Calabro*
 TARANTO..... IL 20/03/2006
 IL SINDACO
 Impronta del dito
 indice sinistro




DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

Il sottoscritto Caliandro Giuseppe, nato a Taranto il 20/07/1987 e ivi residente in Via Basta n.19, abbonato Amat tessera n.A15847, con la presente dichiara quanto segue:

giorno 23/09/2009 alle ore 16.45 circa, ho assistito a un sinistro verificatosi in Via Principe Amedeo incrocio con Via Pisanelli mentre viaggiavo a bordo del bus Amat Spa della linea 8 n.429 targato BL532KL ed occupavo un posto a sedere sul lato sinistro dietro il posto guida dell'autista del bus.

Il bus percorreva Via Principe Amedeo, nella corsia preferenziale riservata ai bus, e impegnato l'incrocio con Via Pisanelli, veniva urtato sulla fiancata centrale lato sinistro da un fuoristrada 4X4 targato ZA188GN che proveniente dalla sinistra da Via Pisanelli avanzava non rispettando il segnale di stop vigente al crocevia.

Il conducente del fuoristrada subito dopo il sinistro ammetteva di essere l'unico responsabile del sinistro per non aver rispettato il segnale di STOP.

All'autista del bus mi dichiaravo disponibile a testimoniare sull'accaduto.

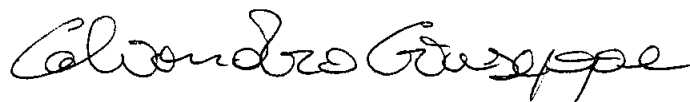
A seguito dell'urto, avvenuto proprio in corrispondenza del posto a sedere da me occupato, ho avuto un contraccolpo alla lombare e a seguito di ciò ho dovuto fare ricorso alle cure dei sanitari del pronto soccorso dell'Ospedale SS. Annunziata e successivamente alle cure del medico personale.

Con comunicazioni del 29/09/2009 e del 14/10/2009 ho già provveduto a richiedere all'Amat Spa il risarcimento dei danni subiti.

Letto, confermato e sottoscritto.

In fede.

Taranto, li 14/10/2009



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, 28/10/2009

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 23/09/2009 A POL. RCV N.25440046
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN)
NS. RIF. 273/NS/09**

CON RIFERIMENTO AL SINISTRO INDICATO IN OGGETTO, IN ALLEGATO ALLA PRESENTE VI TRASMETTIAMO QUANTO SEGUE:

- NOTA PROT.19508 DEL 22/10/2009 DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI FORMULATA DALL'AVV. MARIO ODONE PER CONTO DELLA SIG.RA **MILFA ANNA**;
- NOTA PROT.19509 DEL 22/10/2009 DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI FORMULATA DALL'AVV. ELVIRA CAROLI PER CONTO DELLA SIG.RA **DI LORENZO ROSALIA**.

DISTINTI SALUTI.

UFFICIO SINISTRI

N° pagine inclusa la presente: 4

28 OTT. 2009 09:02

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	002514634	28 OTT. 09:00	02'16	TX	04	OK

RAPPORTO TX

28 OTT. 2009 08:56

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	28 OTT. 08:54	01'13	TX	04	OK

273/NS/09

STUDIO LEGALE

AVVOCATO MARIO Odone

19508

Prot. N. 22 OTT. 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/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFICO	☐
URG	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
SV	STAFF GENERALE	☐

Spett.le
AMAT SPA
VIACESARE
BATTISTI, 657
74100 TARANTO

Taranto, 09 ottobre '09

Oggetto: sinistro del 23/09/09 ore 16,50
Milfa Anna/AMAT Spa

La sig.ra Milfa Anna nata a Taranto il 09/10/66 mi ha dato incarico di richiederVi il risarcimento dei danni per le lesioni subite mentre viaggiava quale trasportata sull'autobus di linea 8 contrassegnato con il n. 429 di Vs proprietà.

Allego copia del certificato di Pronto Soccorso dell'Ospedale "S.S. Annunziata." di Taranto.

L'incidente si è verificato in via Principe Amedeo a Taranto, all'incrocio con via Pisanelli allorquando l'autobus effettuava una brusca frenata a causa di uno scontro con altra autovettura facendo cadere per terra la mia assistita nonostante si stesse sorreggendo agli appositi sostegni perdendo conoscenza.

Vi invito a farmi conoscere la compagnia assicuratrice che copre i rischi di circolazione stradale del Vs mezzo entro gg. 5 dal ricevimento della presente e a darmi conferma di avvenuta denuncia di sinistro, in mancanza mi vedrò costretto ad adire l'autorità giudiziaria nei vostri confronti.

In attesa di un Vs pronto riscontro

Distinti saluti

Avv. Mario Odone
Mario Odone

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

CERTIFICAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 25483

Data 23/09/09

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome Milite Nome Anne Sesso ☒ M ☐ F

Luogo e data di nascita Taranto 09/10/1966

Residenza Taranto via Garibaldi 74011

Documento d'identità

Diagnosi Cervicofacciale per Trauma

Prognosi CINQUE GIORNI S.S.

Accertamenti e terapia effettuata Esame fisico, Rx, TC, Risonanza magnetica, terapia farmacologica

Consulenze

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☒ SI ☐ NO Riconcontro diagnostico ☐ SI ☒ NO

Specificare se si tratta di:

- ☐ Infortunio sul lavoro ☒ Incidente stradale ☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi
☐ Lesioni provocate ☐ Incidente domestico
☐ Infortunio scolastico ☐ Altro
☐ Incidente sportivo ☐ Accidentale
☐ Morso di animali

Data dell'incidente 23/09/09 Luogo dell'incidente via P. Amadeo - Taranto

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: ☒ SI ☐ NO

Ricovero: ☒ NO ☐ SI Reparto

Note Terapia con analgesici e antibiotici, controllo per 5 gg con P. e R. e T. e R.

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

AUSL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "SS. Annunziata"

S.C. Di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

CERTIFICAZIONE PER IL PAZIENTE

Studio Legale

Avv. Elvira Caroli

Via Trieste n. 11 - 74100 Taranto

Tel. e fax n. 099.7797640

E-mail: avvelviracaroli@libero.it

273/NS/09

19509

Prot. N°	22 OTT. 2009	
Del	PRESIDENTE	☐
P	DIRETTORE GENERALE	☐
DG	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DA	DIRETTORE TECNICO	☐
DT	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UE	AFFARI GEN./P.R./SINISTRI	☒
UAG	ACQUISTI/CONTRATTI	☐
UA	CONTABILITA' / RUOLO	☐
UC	INFORMAZIONI	☐
UI	PERSONALE / RETRIBUZIONI	☐
UP	TECNICO	☐
UT	PROVVISORI	☐
UPT	RAZIONERIA / MOD. 10	☐
UR	UFFICIO	☐

Spe.tte

AMAT spa

Via C. Battisti, 657

74100 Taranto

Oggetto: sinistro del 23.09.09

In nome e per conto della sig.ra **Di Lorenzo Rosalia**, nata a Taranto il 26.12.1946 (c.f. DLR RSL 46T66 L049X), casalinga, ed elettivamente domiciliata presso il mio studio, formulo la presente per rappresentarvi quanto segue:

Il giorno 23.09.09, h. 17.00 circa, la mia cliente, in possesso di regolare Vostro abbonamento per il trasporto pubblico, trovavasi a bordo dell'autobus, linea n. 8, che percorreva la locale via P. Amedeo.

All'altezza dell'incrocio con Via Pisanelli, a causa della collisione tra detto autobus ed altra autovettura, la mia cliente cadeva all'interno del citato autobus, riportando un trauma contusivo al ginocchio sinistro, come da certificazione del Pronto Soccorso, Ospedale "Ss. Annunziata di Taranto", ove, perdurante la sindrome dolorosa, si recava, in pari data, per farsi visitare.

La mia cliente necessitava di ulteriori 10 gg. di riposo come da certificazione medica del dr. F. Papa del 29.09.09.

Ad oggi la sig.ra Di Lorenzo risulta **guarita senza postumi** come attestato dal predetto medico curante con certificato del 13.10.09.

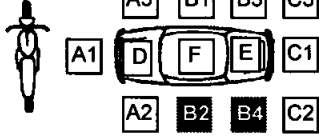
Tutto ciò premesso, Vi richiedo il risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non, fisici, morali occorsi alla mia cliente in conseguenza del sinistro descritto, indicandomi il nome della Compagnia Assicuratrice incaricata della gestione del sinistro, cui anche inoltrare la presente richiesta risarcitoria.

In mancanza di Vostro tempestivo riscontro, adirò le competenti sedi giudiziarie per la tutela dei diritti e ragioni della mia cliente.

Taranto, li 19.10.09

Avv. Elvira Caroli

N.B. Si riserva di esibire la richiamata certificazione medica

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° 3222,00/09		Relazione di perizia per AMAT		Codice Ramo sinistro RCA RISC. ASS.																
Assicurato AMAT N.429			Controparte IACOVELLI CATALDO			Impresa di controparte 032 - SARA ASS.NI																	
Esercizio 273/NS/09		Numero sinistro 273/NS/09		Codice - Agenzia			Data sinistro 23/09/2009																
Cod. Perito	Cod. Liquidatore	Cod. Ispettorato	Numero polizza		Ramo polizza		Recuper o IVA Si																
Data Incarico 01/10/2009	Data primo rilievo 01/10/2009	Località TARANTO		C/o ASS	Riparazioni In Corso		Foto N. 6	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 CODICE FISCALE / P. I.V.A.:								Già Targa															
Veicolo(Marca-Modello-Versione) BREDAMENARINIBUS M 220 E LU 4P AC				Targa BL532KL	Telaio ZCM2200LU03447309			1° Immatr. 23/08/95															
Stato d'uso MEDIOCRE	Km. 1	Pneum. 50	Colore - Tipo smalto ARANCIONE PASTELLO			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) € 1,00	Valore Relitto €	Valore per Differenza € 0	Spese Accessorie €		Indennizzo per antieconomicità € 1,00																		
C.R. VOCI DI DANNO				SR		LA		VE		ME		DCMS		Costo dei Ricambi * (Iva Esclusa)									
Listino ricambi aggiornato al [/ /]				Diff.	Tempo	Diff.	Tempo	Diff.	Tempo	Tempo													
2° pannello laterale inferiore .Sx				S	1,5	S	1,5	S	3,5					272,59									
1° pannello laterale inferiore .Sx				L	1,0	M	3,0	M	3,0														
3° pannello laterale inferiore .Sx				L	1,0	M	3,0	M	3,0														
Autobus visionato a riparazioni in corso. Dall'analisi diretta del mezzo, si rileva la recente sostituzione del 2° pannello laterale inferiore sx, con un ricambio momentaneamente prelevato da altro autobus.																							
Codice / Riparatore			Fascia Carr. A1	Totale Tempi		SR 3,5		LA 7,5		VE operativo 9,5		ME		Totale Ricambi € 272,59									
Telefono:		Ore	Supplemento Finitura 10% max ore 3		Ore 0,95	Tempo Aggiuntivo per Verniciatura		Ore 1,2	Totale Tempi Supplementari		Ore 2,15	Totale tempi VE Ore		11,65									
Valore Assicurato(A) €	Valore a nuovo(N) € 1,00	Ricambi		€		Imponibile 272,59		Iva 54,52		€		Totale 327,11											
Insuff. Assicurativa % (C-A)/Cx100=	Coeff. Riduzione % (N-C)/Nx100=	Materiale Consumo Ore 11,65 €/h 8,31		€		96,81		€		19,36		€		116,17									
Totale Imponibile		€ 841,54		Nolo Dime e/o Varie		€		€		€		€											
Degrado		€		Mano d'opera carrozzeria Ore 22,65 €/h 20,66		€		467,95		€		93,59		€ 561,54									
Insufficienza Assicurativa %		€		Mano d'opera meccanica Ore €/h 20,66		€				€				€									
Totale (Imponibile)		€ 841,54		S.Rifiuti 0,50 % di 837,35		€		4,19		€		0,84		€ 5,03									
Totale (Iva Compresa)		€ 1.009,85		TOTALE STIMA		€		841,54		€		168,31		€ 1.009,85									
Franchigia/Scoperto min. e il max del %		€																					
Indennizzo Contrattuale		€		Importo Richiesto €		Importo Concordato €		Importo Lesioni €		Fermo Tecnico Giorni 3,5													
TOTALE Indennizzo		€ 841,54		Osservazioni:																			
[70003] - AutoSoft S.r.l. - Tel.0771/681436 r.a. [11753] Genius Professional Ver: RELEASE:																Data consegna 08/10/2009		Firma Professionista per. ind. Ernesto Sion		Ruolo N. 3812		Foglio N. 1	

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

Perizia N.: 3222.00/09
Compagnia: **AMAT**
Ispettorato:
Agenzia:
Sin. Numero: **273/NS/09**
Numero Pol.:

Ramo sinistro: **RCA RISC. ASS.**

Assicurato: **AMAT N.429**
Veicolo: **BREDAMENARINIBUS M 220 E LU 4P AC**
Targa: **BL532KL**
Controparte: **IACOVELLI CATALDO**

Data Sinistro: **23/09/2009**
Data Perizia: **01/10/2009**



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

Perizia N.: 3222.00/09
Compagnia: **AMAT**
Ispettorato:
Agenzia:
Sin. Numero: **273/NS/09**
Numero Pol.:

Ramo sinistro: **RCA RISC. ASS.**

Assicurato: **AMAT N.429**
Veicolo: **BREDAMENARINIBUS M 220 E LU 4P AC**
Targa: **BL532KL**
Controparte: **IACOVELLI CATALDO**

Data Sinistro: **23/09/2009**
Data Perizia: **01/10/2009**



DENUNCIA DI SINISTRO STRADALE

N° SINISTRO 273/NS/09	DATA SINISTRO 23/09/2009	ORA 16.50	MODALITA' APERTURA DENUNCIA AGENTE	
LINEA 8	LUOGO IN CUI E' ACCADUTO IL SINISTRO VIA P. AMEDEO		ANGOLO VIA PISANELLI	
DIREZIONE PORTO MERCANTILE - CEP		N° SOCIALE 429	TARGA AUTOBUS BL 532 KL	
MATR. AGENTE 154800	COGNOME LOPRETE	NOME SANTO BRUNO	QUALIFICA CONDUCENTE DI LINEA	
COMUNE DI NASCITA BROLO	DATA DI NASCITA 02-10-62	DATA ASSUNZIONE 12-12-2005	COMUNE DI RESIDENZA SAN GIORGIO JONICO	C.A.P. 74027
DOMICILIO VIA BOTTICELLI N. 13 Pal. A	TIPO PATENTE D	N° PATENTE TA2303161H	RILASCIATA A TARANTO	DATA RILASCIO 17/01/1995
COMPAGNIA ASSICURATRICE A.M.A.T. NATIONALE SUISSE		COMPAGNIA ASSICURATRICE KASKO AGENTE		

DATI RELATIVI AI TERZI COINVOLTI NEL SINISTRO - 1° VEICOLO

MARCA Land	MODELLO 2000 D	TARGA ZA 188 GN	PROPRIETARIO IACOVELLI CATALDO	COMUNE DI RESIDENZA TARANTO
VIA / PIAZZA VIA ROMA, 12 099/4595544			COMPAGNIA ASSICURATRICE SARA ASS.NI Pol. CY21273AG. VIALE MAGNA GRECIA	
CONDUCENTE (SE DIVERSO DA PROPRIETARIO) VIA / PIAZZA IACOVELLI CATALDO			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	
SIG.RA MURIANNI CALLIOPE - VIA GARIBALDI, 25 TARANTO 099/4707331	
CALIANDRO GIUSEPPE - VIA BASTA, 19 TARANTO 3930971515	

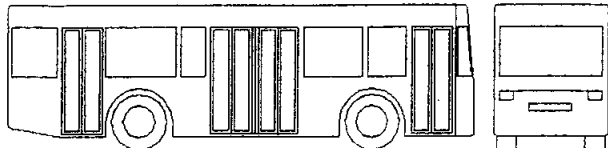
RESPONSABILITA' DESUNTA DALL'UFFICIO SINISTRO ATTIVO	☐ VALIDAZIONE DELLA DIREZIONE
---	--

RESPONSABILITA' ACCERTATA IN VIA DEFINITIVA	% COLPA CONDUCENTE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

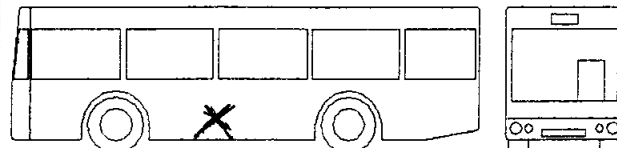
Vista laterale destra

Vista posteriore



Vista laterale sinistra

Vista anteriore



DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALL'AUTOBUS

SFONDAMENTO DELLA FIANCATA CENTRALE SINISTRA

DESCRIZIONE DEI DANNI RIPORTATI DALLA CONTROPARTE

PARTE ANTERIORE

DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

ALL'INTERSEZIONE DI VIA PRINCIPE AMEDEO CON VIA PISANELLI, IL BUS VENIVA VIOLENTEMENTE URTATO SULLA FIANCATA CENTRALE SINISTRA DA UN'AUTOVETTURA LAND ROVER CHE DALLA SINISTRA ATTRAVERSAVA L'INCROCIO SENZA FERMARSI ALLO STOP.

PRECISO CHE AL MOMENTO DEL SINISTRO IL SIG. IACOVELLI ERA L'UNICO OCCUPANTE DELL'AUTOVETTURA, E SI ASSUMEVA LA RESPONSABILITA' DELL'ACCADUTO.

A BORDO DEL BUS NON RICEVEVO LAMENTI DA PARTE DELL'UTENZA.

DUE VIAGGIATORI SI DICHIARAVANO DISPONIBILI A TESTIMONIARE.

SINISTRI DENUNZIATI DA TERZI SENZA INDIVIDUAZIONE DELL'AGENTE RESPONSABILE

☐ PROVVEDIMENTO PRESIDENTE

APERTURA SINISTRO

☐ SI ☐ NO

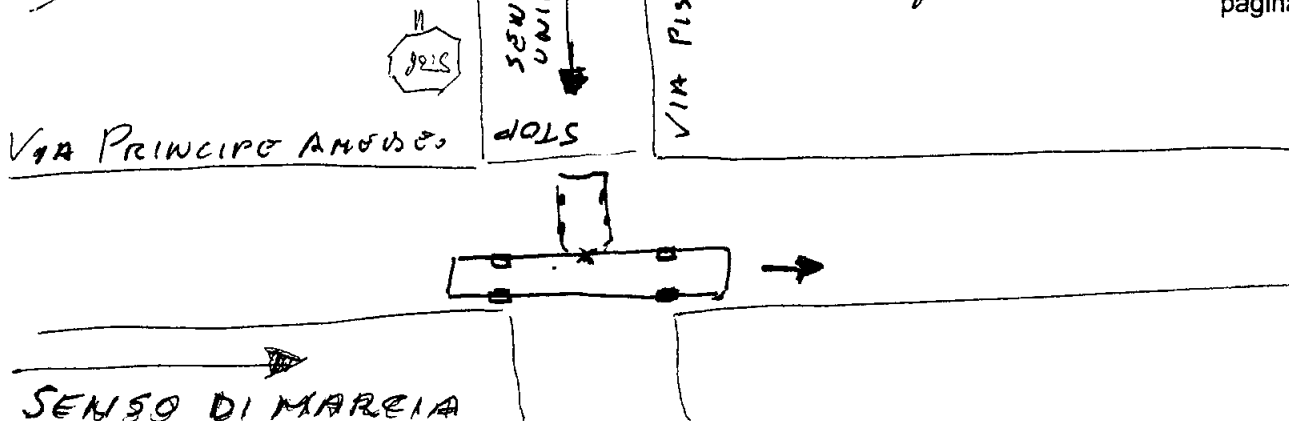
Il Capo Ufficio

LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

Il Conducente

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				3222,00/09	
			Assicurato		Controparte		Impresa Controparte	
			AMAT N.429		IACOVELLI CATALDO		032 - SARA ASS.NI	
Esercizio		Sinistro N.		Codice Agenzia		Data Sinistro		
		273/NS/09				23/09/2009		
Codice Perito		Cod. Liquidatore	Cod. Ispett.	Numero Polizza	Ramo	Tipo Sx.		
					/	RCA RISC. ASS.		
Data Incarico	Data effett. Perizia	Località		Presso	Carr. Fascia	Foto	Data Restituzione	
01/10/2009	01/10/2009	TARANTO		ASS	A1	6	08/10/2009	

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

SPESE	IMPONIBILI	NON IMPON.
Km. -		
Foto 6 -		
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' 08/10/2009

Importo PERIZIA IVA compresa:1.009,85

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

Taranto, lì 15/ottobre/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° 273/NS/09 del 23/09/2009 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 429.

Sulla zona d'urto descritta dal conducente risultano danni ai tre pannelli laterali del lato sinistro.

Distinti saluti

Prot. N° **19883**
27 OTT. 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	CONTABILITÀ/BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI/TRATTAMENTI	☐
URG	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
SG	STAFF QUALITÀ	☐

Il Responsabile Area Tecnica
Ing. **Gabriele Rasseretti**

Taranto, li 02 NOV. 2009

Prot. n.: 20353 UAG

Raccomandata A.R.

Egr. Avv.
Mario Odone
Via Alto Adige, 143
74121 - TARANTO

e p.c. 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: Sinistro del 23/09/2009 - Amat Spa / Milfa Anna
Ns. Rif. 273/NS/09

Con riferimento a quanto indicato in oggetto, Vi comunichiamo che la Vs. nota datata 09/10/09, ns. prot. 19508 del 22/10/2009, è stata inviata, per opportuna conoscenza, alla ns. Compagnia Assicuratrice **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI Spa** e alla **Iacobino Insurance Brokers Srl**.

Per effetto del vigente regolamento di vettura, Vogliate trasmetterci copia leggibile del titolo di viaggio in possesso della Vs. assistita al momento dell'evento in termini.

In attesa di Vs. riscontro, porgiamo distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Natichecchia)

Taranto, li 02 NOV. 2009

Prot. n.: 20352 UAG

Raccomandata A.R.

Egr. Avv.
Elvira Caroli
Via Trieste, 11
74121 – TARANTO

e p.c. 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: Sinistro del 23/09/2009 - Amat Spa / Di Lorenzo Rosalia
Ns. Rif. 273/NS/09

Con riferimento a quanto indicato in oggetto, Vi comunichiamo che la Vs. nota datata 19/10/09, ns. prot. 19509 del 22/10/2009, è stata inviata, per opportuna conoscenza, alla ns. Compagnia Assicuratrice **NATIONALE SUISSE ASSICURAZIONI Spa** e alla **Iacobino Insurance Brokers Srl**.

Per effetto del vigente regolamento di vettura, Vogliate trasmetterci copia leggibile del titolo di viaggio in possesso della Vs. assistita al momento dell'evento in termini.

In attesa di Vs. riscontro, porgiamo distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

DICHIARAZIONE TESTIMONIALE

Il sottoscritto Caliendo Giuseppe, nato a Taranto il 20/07/1987 e ivi residente in Via Basta n.19, abbonato Amat tessera n.A15847, con la presente dichiara quanto segue:

giorno 23/09/2009 alle ore 16.45 circa, ho assistito a un sinistro verificatosi in Via Principe Amedeo incrocio con Via Pisanelli mentre viaggiavo a bordo del bus Amat Spa della linea 8 n.429 targato BL532KL ed occupavo un posto a sedere sul lato sinistro dietro il posto guida dell'autista del bus.

Il bus percorreva Via Principe Amedeo, nella corsia preferenziale riservata ai bus, e impegnato l'incrocio con Via Pisanelli, veniva urtato sulla fiancata centrale lato sinistro da un fuoristrada 4X4 targato ZA188GN che proveniente dalla sinistra da Via Pisanelli avanzava non rispettando il segnale di stop vigente al crocevia.

Il conducente del fuoristrada subito dopo il sinistro ammetteva di essere l'unico responsabile del sinistro per non aver rispettato il segnale di STOP.

All'autista del bus mi dichiaravo disponibile a testimoniare sull'accaduto.

A seguito dell'urto, avvenuto proprio in corrispondenza del posto a sedere da me occupato, ho avuto un contraccollo alla lombare e a seguito di ciò ho dovuto fare ricorso alle cure dei sanitari del pronto soccorso dell'Ospedale SS. Annunziata e successivamente alle cure del medico personale.

Con comunicazioni del 29/09/2009 e del 14/10/2009 ho già provveduto a richiedere all'Amat Spa il risarcimento dei danni subiti.

Letto, confermato e sottoscritto.

In fede.

Taranto, li 14/10/2009

Caliendo Giuseppe

18902

Prot. N°	14 OTT. 2009
De:	
P	PRESIDENTE ☐
DC	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 ☐
UPT	PRODOTTI / AFFIDATO ☐
URG	RAGIONERIA / ECONOMATO ☐
STG	STAFF GENERALE ☐

si riceve previo appuntamento telefonico

AVV. GIUSEPPE CAROLI
VIA FIESSE, 11
74100 TARANTO
Tel. e fax 099/7701210

R



13720129357-6

Postaraccomandata

AR

€ 3,90

ELC4087222 - 7412



Posteitaliane



79051 - 74100 TARANTO SUCC. 107 (TA)

20.10.2019 08:57

Amat SpA
Via C. Battisti, 653
74100 TARANTO

273/NS/09

STUDIO LEGALE

AVVOCATO MARIO Odone

19508

Prot. N. **22 OTT. 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	PERSOCCHE/RETIRAZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTA/TECNICO	☐
URG	RAGIONERIA/EDICOMATO	☐
STG	STAMP/COMPTON	☐

Spett.le
 AMAT SPA
 VIACESARE
 BATTISTI, 657
 74100 TARANTO

Taranto, 09 ottobre '09

Oggetto: sinistro del 23/09/09 ore 16,50
 Milfa Anna/AMAT Spa

La sig.ra Milfa Anna nata a Taranto il 09/10/66 mi ha dato incarico di richiederVi il risarcimento dei danni per le lesioni subite mentre viaggiava quale trasportata sull'autobus di linea 8 contrassegnato con il n. 429 di Vs proprietà.

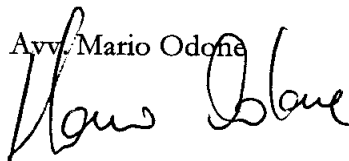
Allego copia del certificato di Pronto Soccorso dell'Ospedale "S.S. Annunziata." di Taranto.

L'incidente si è verificato in via Principe Amedeo a Taranto, all'incrocio con via Pisanelli allorquando l'autobus effettuava una brusca frenata a causa di uno scontro con altra autovettura facendo cadere per terra la mia assistita nonostante si stesse sorreggendo agli appositi sostegni perdendo conoscenza.

Vi invito a farmi conoscere la compagnia assicuratrice che copre i rischi da circolazione stradale del Vs mezzo entro gg. 5 dal ricevimento della presente e a darmi conferma di avvenuta denuncia di sinistro, in mancanza mi vedrò costretto ad adire l'autorità giudiziaria nei vostri confronti.

In attesa di un Vs pronto riscontro

Distinti saluti

Avv. Mario Odone


AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE TA
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
STABILIMENTO "SS. ANNUNZIATA" - TARANTO

S.C. DI MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA

Direttore: Dr. A. BRUNO

Tel. 099.4585456/7 - Fax 099.4590440

CERTIFICAZIONE DI PRONTO SOCCORSO

N° 25483

Data 12/6/99

Orario di Ingresso

Orario di Uscita

Cognome Milla Nome Sesto Sesso ☒ M ☐ F

Luogo e data di nascita Taranto 12/6/99

Residenza Taranto

Documento d'identità

Diagnosi

Prognosi CINQUE GIORNI S.C. AUSL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE Stabilimento "SS. Annunziata" S.C. Di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza P.R.

Accertamenti e terapia effettuata

Consulenze

Giunto cadavere ☐ A disposizione A.G. ☒ SI ☐ NO Risccontro diagnostico ☒ SI ☐ NO

Specificare se si tratta di:

- | | |
|--|---|
| ☐ Infortunio sul lavoro | ☒ Incidente stradale |
| ☐ Lesioni provocate | ☐ Incidente stradale senza responsabilità di terzi |
| ☐ Infortunio scolastico | ☐ Incidente domestico |
| ☐ Incidente sportivo | ☐ Altro |
| ☐ Morso di animali | ☐ Accidentale |

Data dell'incidente 12/6/99 Luogo dell'incidente

È stato redatto referto all'autorità giudiziaria: ☒ SI ☐ NO

Ricovero: ☒ NO ☐ SI Reparto

Note

Il paziente reso edotto dal Sanitario in servizio circa la patologia in atto, rifiuta il ricovero assumendosene la responsabilità.

FIRMA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

AUSL TA - PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE
Stabilimento "SS. Annunziata"

S.C. Di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza

CERTIFICAZIONE PER IL PAZIENTE

W. Mario Odore

Via Alto Adige, 143
74100 TARANTO
Tel. 099/7362247 - Fax 099.7360533
Partita IVA: 02633160731

13651357592-1



R

taracomandata

€ 3,90

088201 - 74121



Posteitaliane



74100 TARANTO SUCC.507 (TA) 20.10.2009 11.15

Taranto, li 30/10/2009

Egr. Ing.
Cigliese Cosimo
Responsabile Area Commerciale
SEDE

OGGETTO: Sinistro n.316/NS/09 del 20/10/2009
Utente: **D'Angiulli Cosima** nata il 10/01/1953

Sinistro n.273/NS/09 del 23/09/2009
Utente: **Milfa Anna** nata il 09/10/1966

Sinistro n.273/NS/09 del 23/09/2009
Utente: **Di Lorenzo Rosalia** nata il 26/12/1946

Vogliate comunicarci se gli utenti indicati in oggetto, al momento dei sinistri, erano in possesso di valido abbonamento per poter viaggiare sui bus.

In attesa di Vs. cortese riscontro, porgiamo distinti saluti.

Il Capo Unità
AA.GG. - P.R. - Sinistri
D.ssa Tiziana Tursi

(Handwritten signature)

Prot. N° 20283
Del 02 NOV. 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/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI/TERMINI	☐
URC	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
STG	STAFF QUALITÀ	☐
		☐



nationale
suisse

DA RESTITUIRE A

VINCI ANTONIO

VIA PRINCIPE AMEDEO, 141

70122 BARI (BA)

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

DATI DEL SINISTRO

RISCHIO	ESERCIZIO	N. SINISTRO	DATA AVVENIMENTO
50	2009	908-2009-95802-50	23/09/2009

DATI DELLA POLIZZA

AGENZIA	RAMO	NUMERO	PARTI
00908	50	25440046	A.M.A.T.S.P.A. - IACOVELLI CATALDO

Data 30/10/2009

Spett.le

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

VIA CESARE BATTISTI 657
74121 TARANTO (TA)

Prot. H. 20/30
03 NOV. 2009

Del
F PRESIDENTE ☐
DG DIRETTORE GENERALE ☐
DA DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT DIRETTORE TECNICO ☐
UE ESERCIZIO MOVIMENTO ☐
UAG AFFARI GEN./RISINISTRI ☒
UA ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC CONTABILITA'/RILANCIO ☐
UI INFORMATICA ☐
UF PERSONALE/RETROCESSION ☐
UT TECNICA ☐
UO SERVIZI ☐
UO RACCOMANDA ECONOMATO ☐

Come da accordi trasmettiamo il presente Atto di transazione e quietanza, che dovrà restituirsi firmato e datato e comunichiamo che in pari data abbiamo disposto il relativo pagamento a mezzo Banca.

Distinti saluti.

IL LIQUIDATORE

VINCI ANTONIO

Impresa mandataria: Nazionale Suisse - Assicurato A.M.A.T.S.P.A. - Targa: BL532KL

Impresa debitrice: SARA ASSICURAZIONI (032) - Assicurato IACOVELLI CATALDO - Targa: ZA188GN

N° polizza: _____ - Agenzia _____ - N° sinistro _____

Caso n° dello schema - Grado di responsabilità: 0,00%.

Il sottoscritto A.M.A.T.S.P.A. C. F.: 00146330733 dichiara/no di ricevere dalla Nazionale Suisse - Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A., la quale paga in nome e per conto dell'Impresa assicuratrice del responsabile civile, in epigrafe denominata Impresa debitrice, la somma di € 1.040,00 (Euro MILLEQUARANTA/00==) a transazione e a completa tacitazione di ogni danno subito in dipendenza del sinistro occorso in data 23/09/2009.
Rilascia/no la presente ampia liberativa quietanza di saldo - che comunque sarà da intendersi liberatoria solamente con l'acquisizione della somma sopraindicata - dichiarando di nulla aver già percepito a titolo di risarcimento e di null'altro più dover avere a qualsiasi titolo dall'Impresa solvente, dal responsabile civile e dall'Impresa assicuratrice di quest'ultimo per il sinistro in parola rinuncia/no quindi verso chicchessia ad ogni azione in qualsiasi altra sede, surrogando l'Impresa debitrice e l'Impresa solvente nei propri diritti ed azioni nei confronti di chiunque.

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

CONTROFIRMA DEL PATROCINATORE
(ai sensi dell'art. 65 c. 2, p. 1)

FIRMA DEL BENEFICIARIO

UniCredit Banca di Roma

euro 1.040,00

BARI

VIA PUTIGNANI, 98 - IT

A vista pagate per questo assegno bancario

NON TRASFERIBILE

euro millequaranta/00

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

ABI 3002-3
CAB 04030-3

7027118913-09 Conto

Firma



7027118913-09 3002040303

Stampa: 30 ottobre 2009, 10:50:11

Emesso da 076A.

Taranto, li 02 NOV. 2009

Prot. n.: 20354 UAG

Raccomandata a.r.

Egr. Sig.
Loprete Santo Bruno
Via Botticelli, 13 Pal. A
74027 - SAN GIORGIO J. (TA)

OGGETTO: Sinistro del 23/09/2008
AMAT SPA (BL532KL - 429) / IACOVELLI (ZA188GN)
Ns. Rif. 273/NS/09

Con riferimento al sinistro indicato in oggetto, la S.V. è invitata a presentarsi presso l'Ufficio sinistri aziendale per prendere visione delle richieste di risarcimento danni formulate da tre viaggiatori infortunati e a fornire eventuali ulteriori osservazioni in merito.

Distinti saluti.

curr'

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Matichecchia)

Taranto, li 13/11/2009

Spett.le
Direzione Generale
Ufficio Sinistri Amat Spa
Sede

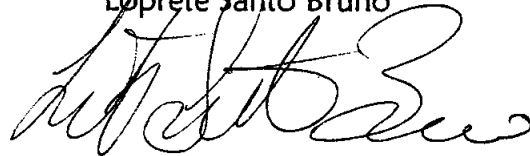
OGGETTO: sinistro del 23/09/2009
Riferimento aziendale 273/NS/09

In riscontro alla Vs. prot. 20354 UAG del 02/11/2009, presa visione delle tre richieste di risarcimento danni pervenute in Azienda, con la presente confermo totalmente quanto già dichiarato in data 24/09/09 e cioè che al momento del sinistro a bordo del bus non ricevevo lamentele da parte dell'utenza.

Colgo l'occasione per far presente alle Signorie Vostre che in tale occasione nessuno dei viaggiatori si è presentato a me con il titolo di viaggio per rivendicare un eventuale infortunio o in giornata stessa di averlo fatto presente all'ufficio preposto dell'Amat Spa, come da regolamento viaggiatori esposto in tutti i bus in riferimento all'art.26.

Distinti saluti.

Loprete Santo Bruno



21265

Prot. n°	13 NOV. 2009
Del	
F	PRESIDENTE ☐
DA	DIRETTORE GENERALE ☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO ☐
DT	DIRETTORE TECNICO ☐
UE	SERVICES/ALIMENTI ☐
UAG	APPARIGLIAMENTO SINISTRI ☒
UA	ACQUISTI/CONTRATTI ☐
UC	CONTABILITA'/BILANCIO ☐
UI	INFORMATICA ☐
UF	PERSONALE/RETRIBUZIONI ☐
UT	TECNICO ☐
UFG	PRODOTTI/TRAFFICO ☐
UFRG	RAGIONERIA/ECONOMATO ☐
UTC	UFFICIO ☐
	☐

Q

Taranto, li 25 NOV. 2009

Prot. 22150 UAG

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

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

Spett.le
Iacobino Insurance Brokers Srl
Via Cavour, 30
74100 - TARANTO

OGGETTO: Sinistro del 23/09/2009
AMAT SPA (BL532KL) / IACOVELLI (ZA188GN) + 3
Ns. Rif. 273/NS/09

Per Vs. opportuna conoscenza, in allegato alla presente Vi trasmettiamo nota prot. 21245 del 13/11/09 del ns. dipendente Loprete Santo Bruno coinvolto nel sinistro indicato in oggetto.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giovanni Mathecchia)

26 NOV. 2009 18:50

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	002514634	26 NOV. 18:49	01'16	TX	02	OK

26 NOV. 2009 13:05

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

N°	DESTINATARIO	ORA INVIO	DURATA	MODO	PAGINE	ESITO
01	00994533553	26 NOV. 13:05	00'31	TX	02	OK

FAX BALBO

7356201



Taranto, li

26 OTT. 2009

Prot. n°: UPT/.....

c.a.

Capo Unità Organizzativa
Affari Generali
Dott.ssa Tiziana Tursi
SEDE

OGGETTO: Vss. richieste prott. 18147 del 02/10/09, 18532 del 08/10/09, 18685 del 12/10/09 e 19166 del 19/10/09.

Facendo seguito alle note indicate in oggetto, si comunica quanto segue:

- 286/NS/09 ➤ La sig.ra Cippone Maria nata il 27/12/1950, non è titolare di alcuna tessera Amat.
- 259/NS/09 ➤ Il sig. Maggio Pasquale nato il 14/04/1952, non è titolare di alcuna tessera AMAT
- 276/NS/09 ➤ La sig.ra Bufano Anna nata il 01/01/1930, non è titolare di alcuna tessera Amat
- 273/NS/09 ➤ La sig.ra Bufano Anna nata il 01/11/1930, è titolare della tessera Amat n. A00017, con abbonamento per tutto il mese di Settembre 2009 rinnovato il 24/08/09
- 259/NS/09 ➤ Il sig. Caliendo Giuseppe nato il 20/07/1987 è titolare di una tessera Amat n. A15847 con abbonamento per tutto il mese di Settembre 2009 rinnovato il 05/09/09
- 262/NS/09 ➤ La sig.ra Merico Laura nata il 31/01/1939, è titolare della tessera Amat n. A07689, con abbonamento per tutto il mese di Settembre 2009 rinnovato il 28/08/09
- 303/NS/09 ➤ La sig.ra Pignatale Anna Maria nata il 18/08/1982, è titolare della tessera Amat n. A07146, con abbonamento per tutto il mese di Luglio 2009 rinnovato il 30/06/09
- 303/NS/09 ➤ Il sig. Pozzessere Eugenio nato il 28/11/1958 è titolare di una tessera Amat n. F2307 (emessa il 06/10/09) con abbonamento per tutto il mese di Ottobre 2009 rinnovato il 06/10/09, alle ore 11.20.

Distinti saluti.

Il Responsabile Area Commerciale
Ing. Cosimo Cigliese

19852
Prot. N° 27 OTT. 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	CONTABILITÀ/BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSOINALE/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI TRAFICO	☐
URG	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
STG	STAFF QUALITÀ	☐

Taranto, li

Prot. n°: UPT/.....

23 NOV. 2009

c.a.

Capo Unità Organizzativa
Affari Generali
Dott.ssa Tiziana Tursi
SEDE

OGGETTO: Vss. richieste prott. 19535 del 22/10/09, 19972 del 28/10/09, 20169 del 30/10/09, 20283 del 02/11/09, 21184 del 12/11/09, 21631 del 18/11/09

Facendo seguito alle note indicate in oggetto, si comunica quanto segue:

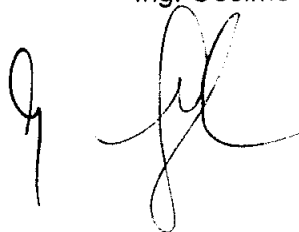
- 284/NS/09 < ➤ Il sig. Dionisio Luigi nato il 30/01/1951, non è titolare di alcuna tessera AMAT
- 310/NS/09 < ➤ La sig.ra Bruni Anna nata il 16/02/1958, non è titolare di alcuna tessera Amat.
- 310/NS/09 ➤ La sig.ra Ruta Cosima nata il 20/11/1943, non è titolare di alcuna tessera Amat.
- 490/NS/07 ➤ Il sig. Boccuni Francesco nato il 21/02/1990, non è titolare di alcuna tessera AMAT
- 316/NS/09 ➤ La sig.ra D'Angiulli Cosima nata il 10/01/1953, non è titolare di alcuna tessera Amat.
- 273/NS/09 ➤ La sig.ra Milfa Anna nata il 09/10/1966, è titolare di una tessera Amat B07482, non rinnovata nel mese di Settembre.
- 273/NS/09 - ➤ La sig.ra Di Lorenzo Rosalia nata il 26/12/1946, non è titolare di alcuna tessera Amat.
- 273/NS/09 - ➤ La sig.ra Di Lorenzo Rosalia nata il 16/12/1946, è titolare di una tessera Amat n. A32413, rinnovata nel mese di settembre 2009.
- 315/NS/09 ➤ La sig.ra Fonseca Alessia nata il 15/07/1990, è titolare di una tessera Amat B16015, non rinnovata nel mese di Ottobre.
- 343/NS/09 ➤ La sig.ra Fonzino Alba nata il 16/09/1990, è titolare di una tessera Amat A22027, non rinnovata nel mese di Maggio.
- 344/NS/09 ➤ La sig.ra Alagni Anna Maria nata il 15/12/1960, è titolare di una tessera Amat n. A17669, rinnovata nel mese di ottobre 2009.
- 347/NS/09 ➤ La sig.ra Albano Rosa nata il 29/06/1969, non è titolare di una tessera Amat.
- 329/NS/09 < ➤ La sig.ra Fanelli Giuseppina nata il 07/12/1946, non è titolare di alcuna tessera Amat.
- 329/NS/09 < ➤ La sig.ra Fanelli Giuseppina nata il 07/12/1947, è titolare di una tessera Amat n. A31931, non rinnovata nel mese di ottobre 2009.

Distinti saluti.

Prot. N° 22003
Del 24 NOV. 2009

P	PRESIDENTE	☐
DG	DIRETTORE GENERALE	☐
DA	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	☐
DT	DIRETTORE TECNICO	☐
UE	ESERCIZIO MOVIMENTO	☐
UAG	AFFARI GEN/RA/SINISTRI	☒
UA	ACQUISTI/CONTRATTI	☐
UC	CONTABILITÀ/BILANCIO	☐
UI	INFORMATICA	☐
UP	PERSONALE/RETRIBUZIONI	☐
UT	TECNICO	☐
UPT	PRODOTTI/TRAFFICO	☐
URC	RAGIONERIA/ECONOMATO	☐
STG	STAFF QUALITÀ	☐

Il Responsabile Area Commerciale
Ing. Cosimo Cigliese





nationale
suisse

273/NS/09

DA RESTITUIRE A

VINCI ANTONIO

VIA PRINCIPE AMEDEO, 141

70122 BARI (BA)

ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA

DATI DEL SINISTRO

RISCHIO	ESERCIZIO	N. SINISTRO	DATA AVVENIMENTO
50	2009	908-2009-95802-50	23/09/2009

DATI DELLA POLIZZA

AGENZIA	RAMO	NUMERO	PARTI
00908	50	25440046	A.M.A.T.S.P.A. - IACOVELLI CATALDO

Data 30/10/2009

Spett.le

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

VIA CESARE BATTISTI 657

74121 TARANTO(TA)

Come da accordi trasmettiamo il presente Atto di transazione e quietanza, che dovrà restituirci firmato e datato e comunichiamo che in pari data abbiamo disposto il relativo pagamento a mezzo Banca.

Distinti saluti.

IL LIQUIDATORE

VINCI ANTONIO

Impresa mandataria: Nationale Suisse - Assicurato A.M.A.T.S.P.A. - Targa: BL532KL

Impresa debitrice: SARA ASSICURAZIONI (032) - Assicurato IACOVELLI CATALDO - Targa: ZA188GN

N° polizza: _____ - Agenzia _____ - N° sinistro _____

Caso n° dello schema - Grado di responsabilità: 0,00%.

Il sottoscritto A.M.A.T.S.P.A. C. F.: 00146330733 dichiara/no di ricevere dalla Nationale Suisse - Compagnia Italiana di Assicurazioni S.p.A., la quale paga in nome e per conto dell'Impresa assicuratrice del responsabile civile, in epigrafe denominata Impresa debitrice, la somma di € 1.040,00 (Euro MILLEQUARANTA/00==) a transazione e a completa tacitazione di ogni danno subito in dipendenza del sinistro occorso in data 23/09/2009.

Rilascia/no la presente ampia liberativa quietanza di saldo - che comunque sarà da intendersi liberatoria solamente con l'acquisizione della somma sopraindicata - dichiarando di nulla aver già percepito a titolo di risarcimento e di null'altro più dover avere a qualsiasi titolo dall'Impresa solvente, dal responsabile civile e dall'Impresa a assicuratrice di quest'ultimo per il sinistro in parola e rinuncia/no quindi verso chicchessia ad ogni azione in qualsiasi altra sede, surrogando l'Impresa debitrice e l'Impresa solvente nei propri diritti ed azioni nei confronti di chiunque.

Data

FIRMA DEL CONTRAENTE

CONTROFIRMA DEL PATROCINATORE
(ai sensi dell'art. 68 L.27/7)

FIRMA DEL BENEFICIARIO

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

IL PRESIDENTE

Dott. Francesco Walter Poggi

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

ENTE PAGANTE 00076	DATA PAGAMENTO 30/10/2009	NUMERO ASSEGNO 7024318913	VISTO LIQUIDAZIONE	VISTO DIREZIONE
PATROCINIO	DANNI A TERZI PASSANTI	DANNI A TERZI TRASPORTATI	PER COSE O R.E.	
SPESE	IMPORTO DEL DANNO	IMPORTO DEL DANNO	IMPORTO DEL DANNO € 1.040,00	
RISERVATO ALLA DIREZIONE:		PAGAMENTO EFFETTUATO DA		
DATA PAGAMENTO	MANDATO NUMERO	☐ AGENZIA ☐ DIREZIONE		
		TIPO LIQUIDAZIONE TOTALE		



A vista pagate per questo assegno bancario

NON TRASFERIBILE

euro millequaranta/00

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

ABI 3002-3
CAB 04030-3

7027118913-09 Conto

Firma



[Handwritten signature]

7027118913-09 300204030