

RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI
Ex art. 141 capo terzo e artt. 145, 148, 149 capo quarto, titolo decimo, del Codice delle Assicurazioni,
nonché ex DPR del 18 luglio 2006, n°254

Luogo e data.....

Spett.le

.....
.....
.....

Raccomandata A.R.

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI

Io sottoscritto/a (Cognome).....(Nome).....
domiciliato/a ain via/piazza
telefono fisso..... cell..... e-mail.....
Codice fiscale
Coordinate Bancarie – Banca
Codice IBAN.....

in qualità di

Proprietario Conducente Terzo Trasportato
del veicolo tipotargaStato immatricolazione.....
intestato al Sig (Cognome).....(Nome).....
domiciliato/a ain via/piazza.....
telefono fisso cell.....
assicurato con la Compagnia polizza n.
condotto, al momento del sinistro, dal Sig.
tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili.....
.....
.....

SEZIONE 2: INFORMAZIONI SULLE CIRCOSTANZE DEL SINISTRO

(sezione da compilare in assenza di modulo CAI compilato a firma singola o congiunta)

dichiaro

di aver subito un sinistro in data (gg/mm/aaaa).....
in (luogo accadimento).....
secondo le seguenti modalità: (fornire una descrizione dettagliata dei fatti accaduti e dei danni subiti)

.....
.....
.....
.....

Il sinistro si è verificato per responsabilità del conducente del veicolo tipo
.....targaStato immatricolazione.....
intestato al Sig.
domiciliato/a ain via/piazza
telefono fisso cell.....
assicurato con la Compagnia polizza n.
condotto, al momento del sinistro, dal Sig.....
tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili

.....
.....
.....

Al sinistro hanno assistito come testimoni:

T1 dati anagrafici (con indirizzo e telefono)

.....
.....

T2 dati anagrafici (con indirizzo e telefono)

.....
.....

È intervenuta per rilievi e verbalizzazione dell'accaduto la seguente Autorità:

.....

SEZIONE 3: RICHIESTA DANNI

pertanto, chiedo

- il risarcimento dei danni alle cose danneggiate ed informo che, per gli eventuali accertamenti, le stesse resteranno a disposizione per otto giorni non festivi consecutivi, a decorrere dalla data di ricezione della presente, in orari lavorativi, dalle ore () alle ore (), al seguente indirizzo....., oppure previo appuntamento al numero.....
- il risarcimento dei danni fisici subiti.
- Preciso che, In occasione del predetto sinistro, io sottoscritto/a ho riportato le seguenti lesioni personali:
.....
.....
- Allego certificazione medica
- Allego certificazione medica di chiusura con o senza postumi
- Mi riservo di fornire successivamente ogni informazione in proposito, nonché di allegare documentazione, ai fini della formulazione della richiesta di risarcimento

Preciso, al riguardo, che:

- sono nato/a il
- ho diritto alle prestazioni da parte del sotto indicato Istituto che gestisce assicurazioni sociali obbligatorie:.....
- non ho diritto alle prestazioni da parte di alcun Istituto che gestisce assicurazioni sociali obbligatorie
- svolgo l'attività di.....ed ho un reddito annuo di €(da ultima dichiarazione o presunto)
- allego consulenza medico-legale - compenso €
- non allego consulenza medico-legale

- ALLEGO CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE DEBITAMENTE COMPILATA A FIRMA CONGIUNTA
- ALLEGO CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE DEBITAMENTE COMPILATA A FIRMA SINGOLA

Luogo e data

FIRMA

.....
(obbligatoria)