

Alla Spettabile Direzione Generale (compagnia – indirizzo)

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

Io sottoscritto/a (Cognome).....(Nome).....
residente aCAP.....in via/piazza
telefono fisso cell.....e-mail.....
codice fiscale
Coordinate Bancarie – Banca IBAN

in qualità di

Proprietario Conducente Trasportato Passante (in questo caso non compilare sotto)

del veicolo tipo targa Stato immatricolazione.....
intestato al Sig (Cognome) (Nome)
residente aCAP.....in 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

dichiaro

di aver subito un sinistro in data (Data sinistro gg/mm/aaaa) in (luogo accadimento).....

(Compilare in caso non si allegi il modello di constatazione amichevole di incidente o denuncia di sinistro)

Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità:

Il sinistro si è verificato per responsabilità del conducente del veicolo
tipo targa Stato immatricolazione.....
intestato al Sig.
residente aCAP.....in 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 (dati anagrafici completi di codice fiscale, indirizzo e telefono):

D1
D2

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

pertanto, chiedo

il risarcimento dei danni alle cose danneggiate ed informo che, per gli eventuali accertamenti, le stesse resteranno a disposizione per due giorni non festivi, a decorrere dalla data di ricevimento della presente, al seguente indirizzo
oppure per appuntamento previa telefonata 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 died 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
- ALLEGO DENUNCIA DI SINISTRO

Luogo e data FIRMA DEL DANNEGGIATO.....
(obbligatoria)