

Raccomandata A.R.

Alla Spettabile Società

RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI

Io sottoscritto/a (cognome)		(nome)	
domiciliato/a a		provincia	
in via/piazza		n° civico	CAP
telefono fisso	cellulare	e-mail	
codice fiscale			
coordinate bancarie per accredito risarcimento - nome istituto di credito:			
ABI	CAB	C/C	CIN
in qualità di			
<input type="checkbox"/> Proprietario <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Trasportato			
tipo veicolo	targa	stato immatricolazione	
intestato al sig./sig.ra (cognome)		(nome)	
assicurato con la Compagnia		polizza n°	
condotto, al momento del sinistro, dal sig./sig.ra (cognome)			(nome)
tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili:			
.....			
dichiaro			
di aver subito un sinistro in data (gg/mm/aaaa)			
in (luogo accadimento)			Provincia
Compilare in caso non si alleggi il modello di constatazione amichevole di incidente - modulo blu - o denuncia di sinistro			
Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità:			
.....			
Il sinistro si è verificato per responsabilità del conducente del veicolo sotto indicato:			
tipo veicolo	targa	stato immatricolazione	
assicurato con la Vostra Compagnia		polizza n°	
condotto, al momento del sinistro, dal sig./sig.ra (cognome)			(nome)
tale veicolo ha riportato i seguenti danni visibili:			
.....			

al sinistro hanno assistito come testimoni:

dati anagrafici testimone 1 (con indirizzo e telefono)

dati anagrafici testimone 2 (con indirizzo e telefono)

E' intervenuta la seguente Autorità Pubblica:

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 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

Allego consulenza medico-legale - compenso € Non allego consulenza medico-legale

ALLEGO CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE DEBITAMENTE COMPILATA A FIRMA SINGOLA

ALLEGO DENUNCIA DI SINISTRO

Luogo e data

Firma del denunciante
(obbligatoria)