

Mittente:**RACCOMANDATA A.R.**

Cognome e nome

Indirizzo

Località

Spett.le

Oggetto: RICHIESTA DI RISARCIMENTO DEI DANNI.

Il sottoscritto _____, codice _____

Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | proprietario del veicolo targato _____ con la
presente formula richiesta per i danni subiti a seguito del sinistro avvenuto il _____ in _____.

Il sinistro si è verificato per esclusiva responsabilità del conducente dell'autovettura targata _____, ed assicurata per la responsabilità civile auto con la Società _____ polizza n. _____.

SI ☐NO ☐SI ☐NO ☐SI ☐NO ☐SI ☐NO ☐

In assenza del modulo di constatazione amichevole si descrivono di seguito le modalità di accadimento del sinistro ed i danni riportati dallo scrivente:

Si invita codesta società a procedere all'accertamento ed alla quantificazione dei danni precisando che le cose danneggiate restano a disposizione per gli eventuali accertamenti peritali per otto giorni non festivi consecutivi a far data dalla ricezione della presente in orari lavorativi al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____, n. _____ città _____

previo appuntamento telefonico al n. _____/_____;

SI ☐NO ☐

a tal fine dichiara:

- di svolgere la professione di ed allega la documentazione del reddito;
- ai sensi dell'art. 142 / 2° di aver / di non aver diritto a prestazioni da parte di Enti mutualistici sociali.

Allega inoltre documentazione circa:

- ☐ la durata della inabilità temporanea (con eventuale dichiarazione di guarigione);
☐ la quantificazione della inabilità permanente subita;

Genova, _____

FIRMA

In fede