

RACCOMANDATA A.R.

Spett.

Oggetto: Richiesta di Risarcimento Diretto dei danni a cose e lesioni del conducente ex artt. 149 e 150 D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni) e art. 6 D.P.R. n. 254/06 (Regolamento Risarcimento diretto).

Sinistro del / / ore in località

ALLEGATO MODELLO CAI: **S I** **N O**
(art. 143 Cod. Ass.)

DOPPIA FIRMA: **S I** **N O**
(BARRARE L'OPZIONE SCELTA)

Da compilare in caso di danni al veicolo e cose

Il sottoscritto
(codice fiscale) proprietario / locatario (leasing) del veicolo
(Marca e modello)..... tg., assicurato per la
responsabilità civile auto con polizza n. richiede all'impresa
assicuratrice in indirizzo il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito del sinistro
avvenuto il giorno alle ore.....
in.....

Il sinistro si è verificato per responsabilità esclusiva / parziale del conducente del veicolo
(Marca e modello)..... tg., assicurato per
la responsabilità civile auto con l'impresa assicuratrice con polizza
n..... intestata e
condotta da....., patente n.....

Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità: (descrizione della dinamica
dell'incidente se non allegato denuncia di sinistro/modello CAI):

:

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

Al momento del sinistro era presente :

(1)....., residente a.....in
via.....tel..... che può testimoniare la dinamica.

(2)....., residente a.....in
via.....tel..... che può testimoniare la dinamica.

Sul luogo del sinistro è intervenuta a verbalizzare l'incidente
.....(indicare gli organi di polizia intervenuti)

Si invita la Compagnia in indirizzo a procedere all'accertamento e alla quantificazione dei
danni precisando che il veicolo danneggiato è a disposizione per gli eventuali accertamenti peritali per otto
giorni non festivi consecutivi a far data dalla ricezione della presente in orari lavorativi (ovvero dalle 8.30
alle 17.30) al seguente indirizzo: via – località
..... oppure previo contatto telefonico al n.....

Da compilare in caso di lesioni subite dal conducente - []Si – []NO

A seguito del sinistro in oggetto, il sottoscritto
(codice fiscale – età - professione.....
ha riportato lesioni personali (..... indicare
tipologia della lesione se già note), come da documentazione medica allegata.

Si allega altresì:

l'attestato medico di avvenuta guarigione con postumi permanenti ovvero con postumi permanenti
valutati nella misura del% di invalidità permanente biologica. La durata dell'inabilità
temporanea biologica è stata di.....giorni;
eventuale consulenza medico-legale di parte e spese mediche per la cui ho corrisposto l'importo di
euro.....

Ai sensi dell'art. 142 del Codice delle Assicurazioni, il sottoscritto..... dichiara:

di aver diritto

a prestazioni da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.

di non aver diritto

Luogo, Data.....

Firma