

**Spett.le UCI**

Corso Sempione, 39  
20145 Milano (MI)  
Tel. 02/349681  
Fax 02/34968230

**Raccomandata A.R.**

Luogo e data

**Oggetto: Richiesta di risarcimento dei danni ex art. 3 l. 39/77 e successive modifiche e integrazioni**

Il Sottoscritto (**nome, cognome e codice fiscale**) \_\_\_\_\_ proprietario del veicolo (**Tipo Marca e Modello**) \_\_\_\_\_ con la presente intende costituire in mora codesta società per i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a seguito del sinistro avvenuto il (**data**) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **alle ore** \_\_\_\_\_ in (**località con indicazione precisa del luogo di accadimento**) \_\_\_\_\_.

Il sinistro si è verificato per esclusiva responsabilità del conducente dell'autovettura (**Tipo Marca e Modello**) \_\_\_\_\_ assicurata per la responsabilità civile auto con la società assicuratrice straniera \_\_\_\_\_ (polizza n. se conosciuta) \_\_\_\_\_.

Le modalità e le conseguenze del sinistro sono riportate nell'allegato modello di constatazione amichevole di sinistro (**compilare in ogni sua parte il modello**) a firma \_\_\_\_\_ (**indicare se singola o congiunta**).

*In alternativa al modulo Cai inserire la frase seguente:*

*Il sinistro si è verificato secondo le seguenti modalità (descrizione della modalità di accadimento del danno) e i danni riportati dallo scrivente consistono (descrizione dei danni subiti e delle eventuali lesioni subite).*

Si invita codesta società a procedere all'accertamento e 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 (**ovvero dalle ore ... alle ore ... scegliendo un arco temporale di almeno due ore giornaliere nell'arco dell'orario solitamente dedicato al lavoro**) \_\_\_\_\_ al seguente indirizzo \_\_\_\_\_, previo appuntamento telefonico al n. \_\_\_\_\_.

*In caso di lesioni:*

Poiché dal sinistro sono derivati anche danni fisici al Sig. (**nome, cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza, professione e reddito**) \_\_\_\_\_.

Si allega a tal fine la relativa documentazione medica dalla quale si evince:

- la durata della inabilità temporanea (con eventuale dichiarazione di guarigione)
- la quantificazione della inabilità permanente subita
- se il danneggiato abbia diritto a percepire l'indennità di malattia da un ente di assicurazione sociale.

FIRMA