

**All'Ispettorato sinistri della Società**

\_\_\_\_\_

**Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**CAP:** \_\_\_\_\_ **CITTA'** \_\_\_\_\_

**RACCOMANDATA AR**

**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 (**tipologia di veicolo modello e targa**) \_\_\_\_\_  
con la presente intende costituire in mora codesta società per i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti a  
seguito del sinistro avvenuto il (**data**) \_\_\_\_\_ in (**località con indicazione precisa del luogo di  
accadimento**) \_\_\_\_\_

Il sinistro si è verificato per esclusiva responsabilità del conducente dell'autovettura (**tipologia del veicolo,  
modello, e targa**) \_\_\_\_\_  
assicurata per la responsabilità civile auto con codesta società (**polizza numero 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 numero  
\_\_\_\_\_.

*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 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.

Si informa sin d'ora che, in assenza di comunicazione dell'offerta ovvero dei motivi in base ai quali si  
ritiene di non poter procedere all'offerta nei tempi stabiliti dalla normativa si provvederà ad inviare segnalazione  
all'Isvap – sezione reclami – affinché proceda all'irrogazione delle relative sanzioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**FIRMA**