

**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**