**Mittente: RACCOMANDATA A.R.**

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c.a.p. Città

Spett.le Compagnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oggetto: **RICHIESTA DI RISARCIMENTO DEI DANNI ex art. n° 148 del decreto legislativo n° 209 del 7 settembre 2005 e messa in mora ai sensi dell’art. n° 145 Decreto legislativo 209/2005.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , codice

Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_proprietario del veicolo targato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a causa

del sinistro avvenuto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,. Avvenuto per esclusiva responsabilità del conducente

dell’autovettura targata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ed assicurata presso di voi con la polizza n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

formula con la presente, formale richiesta di risarcimento danno a cose e persone (per danno biologico superiore al 9%).

Modulo di constatazione amichevole di sinistro allegato: SI  NO 

Doppia firma 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:

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

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

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

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

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

Vi invito a procedere all’accertamento ed alla quantificazione dei danni precisando che le cose danneggiate restano a disposizione per gli eventuali accertamenti peritali per 8 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. \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

Il sottoscritto ha anche riportato lesioni personali ed 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;

FIRMA

In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_