

UCI
Corso Sempione 39
20145 Milano MI

Trasmesso via:

(Inviare solo una volta)

Data,

Oggetto: RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI ai sensi dell'art. 148 D.lgs 209/2005

(I campi contrassegnati da * sono obbligatori)

Io sottoscritto/a:

(cognome, nome/ragione sociale) *

.....

residente a (comune) *

in via/piazza*

codice fiscale*

e-mail (non Pec)

telefono /

coordinate bancarie per accredito del risarcimento:

IBAN (27 caratteri) BIC (6 caratteri)

chiedo il risarcimento dei danni subiti a seguito dell'incidente accaduto

in data* alle ore*

in località* provincia*

provocato dal conducente del seguente veicolo:

targa*: Paese di immatricolazione*

tipologia* (*marca la casella pertinente*) autovettura motociclo ciclomotore autobus furgone

autoarticolato altro

marca modello

colore*

targa rimorchio:..... Paese di immatricolazione rimorchio

condotto da

assicurato presso la Società.....

polizza/carta verde n.

in qualità di proprietario conducente trasporto , **dichiaro che l'incidente si è verificato come segue:**

e che ho subito i seguenti danni:

Dati del veicolo danneggiato:

targa marca
modello

altri beni danneggiati:

Il veicolo e/o i beni di cui sopra sono disponibili per l'esame da parte di un perito
a (comune)
presso
nei seguenti giorni e nei seguenti orari
previo appuntamento telefonico al numero sopraindicato o al seguente numero

(da compilare in caso di lesioni personali)

Dichiaro di avere subito a seguito dell'incidente le seguenti lesioni alla mia persona:

ed allego il modulo per la dichiarazione ex. art. 142 debitamente sottoscritto

Allego i seguenti documenti:

- rapporto delle Autorità / scambio delle generalità
- constatazione amichevole di incidente
- dichiarazione testimoniale di terzi estranei
- documentazione relativa al veicolo estero
- copia del libretto di circolazione del mio veicolo
- fotografie dei danni riportati, - del veicolo estero - del luogo del sinistro
- certificati medici
- giustificativi delle spese sinora sostenute

Rimango in attesa di un vostro riscontro e comunque di una offerta o di un rifiuto motivato entro i termini stabiliti dall'art. 125 comma 5 bis del Dlgs 7/9/2005, nr 209 ritenendomi in caso contrario libero di adire l'autorità giudiziaria competente.

firma

Modulo per la dichiarazione ex art. 142 Cda (Da allegare solo in caso di lesioni personali)

Con riferimento al sinistro accaduto il in località

il sottoscritto , nato il a

residente a (comune) in via/piazza

Codice Fiscale professione

ai sensi e agli effetti dell'art. 142 del DLgs 7 settembre 2005, n. 209, Codice delle assicurazioni private, consapevole della responsabilità, anche penale, cui va incontro in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

di non avere diritto a prestazioni di parte di Istituti che gestiscono assicurazioni obbligatorie

di avere diritto a prestazioni di parte di Istituti che gestiscono assicurazioni obbligatorie e precisamente da:

INPS per l'indennità economica di malattia

INPS per l'assegno d'invalidità o la pensione d'inabilità ai sensi della legge 222/84

INPS per pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili ai sensi della legge 183/2010

INAIL ai sensi del T.U. 1124/65 così come modificato da D.Lgs. 38/00

Altro

Luogo e data

firma