



**Da compilare in caso di lesioni subite dal conducente**

A seguito del sinistro in oggetto, il sottoscritto sig. .... (codice fiscale ..... – età ..... - professione..... – reddito annuo euro.....) ha riportato lesioni personali (..... indicare tipologia della lesione se già note), come da documentazione medica allegata.

Si allega altresì:

- l'attestato medico di avvenuta guarigione senza postumi permanenti ovvero con postumi permanenti valutati nella misura del .....% di invalidità permanente biologica. La durata dell'inabilità temporanea biologica è stata di.....giorni; Eventuale consulenza medico-legale di parte per la cui prestazione ho corrisposto l'importo di euro.....

Ai sensi dell'art. 142 del Codice delle Assicurazioni, il sottoscritto..... dichiara:

- di aver diritto a prestazioni da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie.
- di non aver diritto

(RIPORTARE SOLO L'OPZIONE CORRETTA)

Luogo, Data.....

Firma .....

**IN CASO DI CONSEGNA A MANO IN AGENZIA DELLA DENUNCIA DI SINISTRO / RICHIESTA DI RISARCIMENTO:**

**TIMBRO DI RICEZIONE E DATA DI CONSEGNA.**