

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

( art. 5 D.L. n. 857 del 1976  
convertito legge n. 39 del 1977 )

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui agli artt. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche.

1. data incidente \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ 2. luogo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

3. feriti anche se lievi  no  si  \*

4. danni materiali veicoli oltre A o B  no  si  \* oggetti diversi dai veicoli  no  si  \*

5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)

**veicolo A**

6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo _____	_____
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

Denominazione \_\_\_\_\_

N. di polizza \_\_\_\_\_

N. di Carta Verde \_\_\_\_\_

Certificato di assicurazione o Carta Verde

Valido dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Agenzia (o ufficio o intermediario) \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo:  no  si

9. conducente (vedere patente di guida)

Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

Patente N. \_\_\_\_\_

Categ. (A, B, ...) \_\_\_\_\_ valida fino al \_\_\_\_\_

12. circostanze dell'incidente

Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)

<input type="checkbox"/>	1	in fermata / in sosta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	cambiava fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	sorpassava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	girava a destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	girava a sinistra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	retrocedeva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	proveniva da destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<input type="checkbox"/>

Indicare il numero di caselle barrate con una croce

Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.

**veicolo B**

6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo _____	_____
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

Denominazione \_\_\_\_\_

N. di polizza \_\_\_\_\_

N. di Carta Verde \_\_\_\_\_

Certificato di assicurazione o Carta Verde

Valido dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Agenzia (o ufficio o intermediario) \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo:  no  si

9. conducente (vedere patente di guida)

Cognome (stampatello) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

Stato \_\_\_\_\_

N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

Patente N. \_\_\_\_\_

Categ. (A, B, ...) \_\_\_\_\_ valida fino al \_\_\_\_\_

10. indicare con una freccia (⇒) il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. danni visibili al veicolo A

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto

Indicare: 1) il tracciato delle strade; 2) la direzione di marcia di A e B; 3) la loro posizione al momento dell'urto; 4) i segnali stradali; 5) i nomi delle strade

10. indicare con una freccia (⇒) il punto d'urto iniziale del veicolo B

11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

15. firma dei conducenti

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

14. osservazioni

\* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sulla denuncia a tergo, l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità?

si  no

Quale Autorità è intervenuta?

CC  P.S.  VV.UU.

veicolo **A**

veicolo **B**

TARGA \_\_\_\_\_

TARGA \_\_\_\_\_

Testimone

Testimone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Testimone

Testimone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale \_\_\_\_\_

Nome e cognome o Denominazione sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

**Ferito** (Barrare solo una casella)

**Ferito** (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso  si  no

Ricovero Pronto Soccorso  si  no

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

**Ferito** (Barrare solo una casella)

**Ferito** (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso  si  no

Ricovero Pronto Soccorso  si  no

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_