

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(Art. 143 D.Lgs. N° 209 del 7/9/2005)
 ("Codice delle Assicurazioni Private")

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui all'articolo 148 comma 1 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 e dell'articolo 8, comma 2, lettera (c) del D. P. R. N° 254 del 18 Luglio 2006

1. data incidente	ora	2. luogo (comune, provincia, via e numero)	3. feriti anche se lievi no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
4. danni materiali veicoli oltre A o B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *	

veicolo A

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)

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

← **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

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

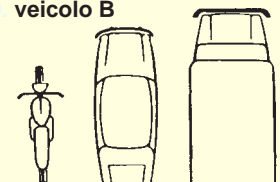


11. danni visibili al veicolo A

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

15. firma dei conducenti

* 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.
ESEMPLARE 1

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art.135 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private"

C'è stato intervento dell'Autorità?

si **no**

Quale Autorità è intervenuta?

CC **P.S.** **VV.UU.**

veicolo **A**

TARGA _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Provincia _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

veicolo **B**

TARGA _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Provincia _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(Art. 143 D.Lgs. N° 209 del 7/9/2005)
 ("Codice delle Assicurazioni Private")

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui all'articolo 148 comma 1 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 e dell'articolo 8, comma 2, lettera (c) del D. P. R. N° 254 del 18 Luglio 2006

1. data incidente	ora	2. luogo (comune, provincia, via e numero)	3. feriti anche se lievi no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
4. danni materiali veicoli oltre A o B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	

veicolo A

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)

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

← **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

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

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

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.
ESEMPLARE 2

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art.135 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private"

C'è stato intervento dell'Autorità?

si **no**

Quale Autorità è intervenuta?

CC **P.S.** **VV.UU.**

veicolo **A**

TARGA _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Provincia _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

veicolo **B**

TARGA _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Provincia _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale/Partita IVA _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

Ferito (Barrare solo una casella)

Conducente

Passeggero

Pedone

Nome e cognome _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Ricovero Pronto Soccorso

si **no**

si **no**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____