

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

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

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 ➡

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ				
TESTIMONI		NOMINATIVO				INDIRIZZO				N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.	
	1											si	no
	2											si	no
	3											si	no
PERSONE		COGNOME E NOME		NATURA DELLE LESIONI		INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.		
											si	no	
											si	no	
											si	no	
DANNI A TERZI COSE O ANIMALI		VEICOLO		PROPRIETARIO DEL VEICOLO									
		TIPO	TARGA	COGNOME E NOME			INDIRIZZO			N. TELEF.			
	1												
	2												
3													

Descrizione del sinistro

L'Assicurato ha sofferto danni materiali? _____ Lesioni? _____ Intende chiedere risarcimento alla controparte? _____

Data della denuncia _____

Firma dell'Assicurato o del Conducente _____

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	
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 (Barare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	
Nome e cognome _____	
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
Luogo e data di nascita _____	
Codice fiscale _____	
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	
Ferito (Barare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	
Nome e cognome _____	
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
Luogo e data di nascita _____	
Codice fiscale _____	
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
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 (Barare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	
Nome e cognome _____	
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
Luogo e data di nascita _____	
Codice fiscale _____	
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	
Ferito (Barare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	
Nome e cognome _____	
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
Luogo e data di nascita _____	
Codice fiscale _____	
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	