

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

( art. 143 D.Lgs. n. 209 del 2005 )  
 ("Codice delle Assicurazioni Private")

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui all'art. 148, comma 1, D.Lgs. n. 209 del 2005 e all'art. 8, comma 2, lettera c), D.P.R. n. 254 del 2006.

<b>1. data</b> incidente _____ ora _____	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero) _____	<b>3. feriti</b> anche se lievi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
--	---	--

<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	<b>5. testimoni:</b> 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**

MOTORE	
Marca, Tipo _____	Impianto _____
N. di targa o telaio _____	Numero aziendale _____
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**

**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**



**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**

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 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**

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**

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**

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**

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

Comune \_\_\_\_\_