

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali 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	
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"/>	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

← **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

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 A

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 pr ovvedimento 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 (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/Par tita 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 _____