

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (specificare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)			
veicolo A 6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione) Cognome (stipite) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____		veicolo B 6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione) Cognome (stipite) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____		12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (consigliare l'opzione non corretta)	
7. veicolo		7. veicolo		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 immoveva 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	
8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)		8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)		13. grafico dell'incidente al momento dell'urto 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.	
9. conducente (vedere patente di guida)		9. conducente (vedere patente di guida)		10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A 11. danni visibili al veicolo A 14. osservazioni	
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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo B 11. danni visibili al veicolo B 14. osservazioni	
Denominazione _____ Indirizzo _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____ Patente N. _____ Categ. (A, B, ...) valida fino al _____		Denominazione _____ Indirizzo _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____ Patente N. _____ Categ. (A, B, ...) valida fino al _____		15. firma dei conducenti A _____ B _____	

* 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? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Quale Autorità è intervenuta? CC <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> V.U.U. <input type="checkbox"/>	
veicolo A TARGA _____ Testimone Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____ 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 <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"/> no <input type="checkbox"/> Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____ Ferito (barrare 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"/> 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. _____ 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 <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"/> no <input type="checkbox"/> Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____ Ferito (barrare 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"/> no <input type="checkbox"/> Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____	