

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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 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 _____	

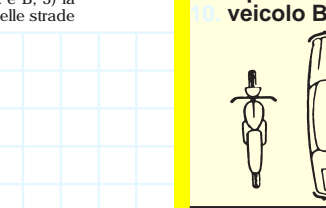
veicolo B	
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione) Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____	
7. veicolo	
A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo _____	_____
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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 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 _____	

veicolo B		
12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)		
1 <input type="checkbox"/>	in fermata / in sosta	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	stava parcheggiando	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/>	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	circolava su una piazza a senso rotatorio	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/>	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9 <input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/>	cambiava fila	10 <input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/>	sorpassava	11 <input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/>	girava a destra	12 <input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	girava a sinistra	13 <input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/>	retrocedeva	14 <input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/>	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15 <input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/>	proveniva da destra	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17 <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.		
13. grafico dell'incidente al momento dell'urto		

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
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 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 (Barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
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
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____
Ferito (Barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
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
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) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
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
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____
Ferito (Barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
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
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____