

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

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	1
2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2
3	stava parcheggiando	3
4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4
5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5
6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6
7	circolava su una piazza a senso rotatorio	7
8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8
9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9
10	cambiava fila	10
11	sorpassava	11
12	* girava a destra	12
13	girava a sinistra	13
14	retrocedeva	14
15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15
16	proveniva da destra	16
17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17

← 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)

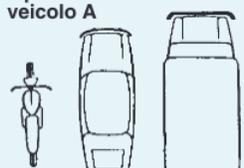
Denominazione _____
N. di polizza _____
N. di Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde
Valido dal _____ al _____
Agenzia (o ufficio o intermediario)

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

14. osservazioni

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto

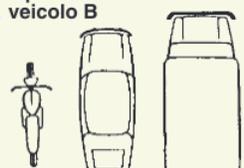
Indicare: 1) il tracciato delle strade; 2) la direzione di marcia di A e B; 3) la loro posizione al momento dell'urto; 4) i segnali stradali; 5) i nomi delle strade



15. firma dei conducenti

A _____ B _____

10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo B



11. danni visibili al veicolo 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 <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. _____	
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 _____	