

# 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 dell'art. 8, comma 2, lettera c), D.P.R. n. 254 del 2006.

|   |           |  |  |
|---|-----------|--|--|
| <b>1. data incidente</b>  | ora _____ | <b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)  | <b>3. feriti anche se lievi</b><br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * |
| <b>4. danni materiali</b><br>veicoli oltre A o B<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * |           | <b>5. testimoni:</b> cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * |  |

**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"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2  | ripartiva dopo una sosta apriva una portiera                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3  | stava parcheggiando  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4  | usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5  | entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6  | si immetteva in una piazza a senso rotatorio                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7  | circolava su una piazza a senso rotatorio                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8  | tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila            | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9  | procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10 | cambiava fila  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11 | sorpassava   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 12 | girava a destra  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 13 | girava a sinistra  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 14 | retrocedeva  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 15 | invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 16 | proveniva da destra  | <input type="checkbox"/> |
| <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**

**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

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'IVASS per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione R.C. Auto.

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 \_\_\_\_\_