

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"/> * | | 5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) | |
| oggetti diversi dai veicoli 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)

| | | |
|----|--|--------------------------|
| 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 | <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

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 lsvap 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 _____ | |