

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(Art. 143 D.Lgs. N° 209 del 7/9/2005)  
 ("Codice delle Assicurazioni Private")

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui all'articolo 148 comma 1 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 e dell'articolo 8, comma 2, lettera (c) del D. P. R. N° 254 del 18 Luglio 2006

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

**veicolo A**

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	
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 immetteva 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	

← **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**

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**

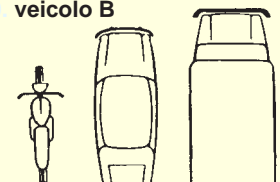


**11. danni visibili al veicolo A**

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**

**15. firma dei conducenti**

\* 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.  
**ESEMPLARE 1**

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato →

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art.135 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private"

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**

**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**

**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**

**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**

**si**  **no**

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(Art. 143 D.Lgs. N° 209 del 7/9/2005)  
 ("Codice delle Assicurazioni Private")

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui all'articolo 148 comma 1 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 e dell'articolo 8, comma 2, lettera (c) del D. P. R. N° 254 del 18 Luglio 2006

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

**veicolo A**

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	
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 immetteva 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	

← **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**

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**

**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.  
**ESEMPLARE 2**

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art.135 del D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 "Codice delle Assicurazioni Private"

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 \_\_\_\_\_