

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(art. 5 D.L. n. 857 del 1976)  
convertito legge n. 39 del 1977

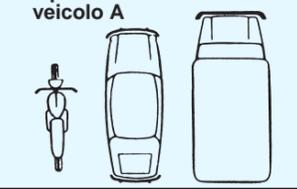
Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui agli artt. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche.

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

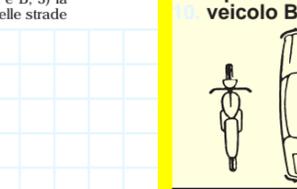
| veicolo <b>A</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>6. contraente/assicurato</b><br>(vedere certificato d'assicurazione)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Codice Fiscale / Partita IVA _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>C.A.P. _____ Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____                                                                                                                                                                                                                                     |                                |
| <b>7. veicolo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
| <b>A MOTORE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>RIMORCHIO</b>               |
| Marca, Tipo _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | _____                          |
| N. di targa o telaio _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N. di targa o telaio _____     |
| Stato d'immatricolazione _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Stato d'immatricolazione _____ |
| <b>8. compagnia d'assicurazione</b> (vedere certificato d'assicurazione)<br>Denominazione _____<br><b>N. di polizza</b> _____<br>N. di Carta Verde _____<br><b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde<br>Valido dal _____ al _____<br><b>Agenzia</b> (o ufficio o intermediario) _____<br>Denominazione _____<br>Indirizzo _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |                                |
| <b>9. conducente</b> (Vedere patente di guida)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Data di nascita _____<br>Codice Fiscale _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>Patente N. _____<br>Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____                                                                                                                                                                                           |                                |

| 12. circostanze dell'incidente                                                                                 |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione</b> (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"/> |

| veicolo <b>B</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>6. contraente/assicurato</b><br>(vedere certificato d'assicurazione)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Codice Fiscale / Partita IVA _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>C.A.P. _____ Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____                                                                                                                                                                                                                                     |                                |
| <b>7. veicolo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |
| <b>A MOTORE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>RIMORCHIO</b>               |
| Marca, Tipo _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | _____                          |
| N. di targa o telaio _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | N. di targa o telaio _____     |
| Stato d'immatricolazione _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Stato d'immatricolazione _____ |
| <b>8. compagnia d'assicurazione</b> (vedere certificato d'assicurazione)<br>Denominazione _____<br><b>N. di polizza</b> _____<br>N. di Carta Verde _____<br><b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde<br>Valido dal _____ al _____<br><b>Agenzia</b> (o ufficio o intermediario) _____<br>Denominazione _____<br>Indirizzo _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |                                |
| <b>9. conducente</b> (Vedere patente di guida)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Data di nascita _____<br>Codice Fiscale _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>Patente N. _____<br>Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____                                                                                                                                                                                           |                                |

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A</b>      |
|  |
| <b>11. danni visibili al veicolo A</b>                                              |

|                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13. grafico dell'incidente al momento dell'urto</b>                                                                                                               |
| 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 |
|                                                                                   |

|                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo B</b>       |
|  |
| <b>11. danni visibili al veicolo B</b>                                               |

|                         |
|-------------------------|
| <b>14. osservazioni</b> |
|-------------------------|

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>15. firma dei conducenti</b> |
| A _____ B _____                 |

|                         |
|-------------------------|
| <b>14. osservazioni</b> |
|-------------------------|

\* 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 <b>A</b>                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TARGA</b> _____                                                                                                                                                                                          |
| <b>Testimone</b>                                                                                                                                                                                            |
| Nome e cognome _____<br>Codice fiscale _____<br>Indirizzo _____<br>Tel. _____                                                                                                                               |
| <b>Testimone</b>                                                                                                                                                                                            |
| Nome e cognome _____<br>Codice fiscale _____<br>Indirizzo _____<br>Tel. _____                                                                                                                               |
| <b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>                                                                                                                                             |
| Nome e cognome o Denominazione sociale _____<br>Indirizzo (Comune, via e numero) _____<br>C.A.P. _____ Provincia _____<br>Luogo e data di nascita _____<br>Codice fiscale/Partita IVA _____                 |
| <b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)<br><input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone                                                         |
| Nome e cognome _____<br>Indirizzo (Comune, via e numero) _____<br>Luogo e data di nascita _____<br>Codice fiscale _____<br>Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Nome Pronto Soccorso _____<br>Comune _____                                                                                                                                                                  |
| <b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)<br><input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone                                                         |
| Nome e cognome _____<br>Indirizzo (Comune, via e numero) _____<br>Luogo e data di nascita _____<br>Codice fiscale _____<br>Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Nome Pronto Soccorso _____<br>Comune _____                                                                                                                                                                  |

| veicolo <b>B</b>                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TARGA</b> _____                                                                                                                                                                                          |
| <b>Testimone</b>                                                                                                                                                                                            |
| Nome e cognome _____<br>Codice fiscale _____<br>Indirizzo _____<br>Tel. _____                                                                                                                               |
| <b>Testimone</b>                                                                                                                                                                                            |
| Nome e cognome _____<br>Codice fiscale _____<br>Indirizzo _____<br>Tel. _____                                                                                                                               |
| <b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>                                                                                                                                             |
| Nome e cognome o Denominazione sociale _____<br>Indirizzo (Comune, via e numero) _____<br>C.A.P. _____ Provincia _____<br>Luogo e data di nascita _____<br>Codice fiscale/Partita IVA _____                 |
| <b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)<br><input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone                                                         |
| Nome e cognome _____<br>Indirizzo (Comune, via e numero) _____<br>Luogo e data di nascita _____<br>Codice fiscale _____<br>Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Nome Pronto Soccorso _____<br>Comune _____                                                                                                                                                                  |
| <b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)<br><input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone                                                         |
| Nome e cognome _____<br>Indirizzo (Comune, via e numero) _____<br>Luogo e data di nascita _____<br>Codice fiscale _____<br>Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Nome Pronto Soccorso _____<br>Comune _____                                                                                                                                                                  |