

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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.

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

FERITI : SI - NO

1. data incidente DATA _____ ORA _____		2. luogo dell'incidente LUOGO DELL'INCIDENTE _____		3. feriti anche 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: <u>nome</u> , <u>cognome</u> , indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	
veicolo A		veicolo B		veicolo B	
12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) Cognome e nome casella utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)		6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)		DATI DELL'ASSICURATO: NOME, COGNOME, INDIRIZZO, TELEFONO, CODICE FISCALE	
1. in fermata / in sosta		1. Cognome (stampatello)		Nome e cognome	
2. ripartiva dopo una sosta apriva una portiera		2. Nome		Codice fiscale	
3. stava parcheggiando		3. Indirizzo (Comune, via e numero)		Indirizzo	
4. usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale		4. C.A.P. _____ Stato _____		Tel. _____	
5. entrava in un parcheggio, in un luogo		5. N. Tel. o E-mail _____		7. veicolo	
6. BARRARE LE CASELLE CHE DESCRIVONO LE DINAMICHE DEL SINISTRO: PER IL VEICOLO A E PER IL VEICOLO B		6. Marca, Tipo _____		Marca, Modello, Targa Veicolo	
7. girava a destra		7. N. di targ. _____		8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)	
8. girava a sinistra		8. Stato d'immatricolazione _____		Denominazione _____	
9. retrocedeva		9. Stato d'immatricolazione _____		N. di polizza _____	
10. invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso		10. Denominazione _____		N. di Ca. _____	
11. proveniva da destra		11. N. di polizza _____		Certificato _____	
12. non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		12. N. di Ca. _____		Valido da _____	
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		13. Denominazione _____		Agenzia _____	
14. osservazioni		14. N. Tel. o E-mail _____		9. conducente (vedere patente di guida)	
15. firma dei conducenti		15. N. Tel. o E-mail _____		Cognome (stampatello)	
14. osservazioni		16. retrocedeva		Nome _____	
15. firma dei conducenti		17. non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		Data di n. _____	
14. osservazioni		18. indicava il numero di caselle barrate con una croce		Codice F. _____	
15. firma dei conducenti		19. conducente (vedere patente di guida)		Indirizzo _____	
14. osservazioni		20. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A		Cognome (stampatello)	
15. firma dei conducenti		21. DISEGNO DELLA POSIZIONE DEI VEICOLI AL MOMENTO DELLA COLLISIONE O DESCRIZIONE DINAMICA DEL SINISTRO		Nome _____	
14. osservazioni		22. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo B		Data di n. _____	
15. firma dei conducenti		23. DISEGNO DELLA POSIZIONE DEI VEICOLI AL MOMENTO DELLA COLLISIONE O DESCRIZIONE DINAMICA DEL SINISTRO		Codice F. _____	
14. osservazioni		24. danni visibili al veicolo A		Indirizzo _____	
15. firma dei conducenti		25. danni visibili al veicolo B		Luogo e data di nascita _____	
14. osservazioni		26. osservazioni		Codice fiscale _____	
15. firma dei conducenti		27. osservazioni		Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
14. osservazioni		28. osservazioni		Nome Pronto Soccorso _____	
15. firma dei conducenti		29. osservazioni		Comune _____	
14. osservazioni		30. osservazioni		Ferito (Barrare solo una casella)	
15. firma dei conducenti		31. osservazioni		Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	
14. osservazioni		32. osservazioni		Nome e cognome _____	
15. firma dei conducenti		33. osservazioni		Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
14. osservazioni		34. osservazioni		Luogo e data di nascita _____	
15. firma dei conducenti		35. osservazioni		Codice fiscale _____	
14. osservazioni		36. osservazioni		Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
15. firma dei conducenti		37. osservazioni		Nome Pronto Soccorso _____	
14. osservazioni		38. osservazioni		Comune _____	
15. firma dei conducenti		39. osservazioni		Ferito (Barrare solo una casella)	
14. osservazioni		40. osservazioni		Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	
15. firma dei conducenti		41. osservazioni		Nome e cognome _____	
14. osservazioni		42. osservazioni		Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
15. firma dei conducenti		43. osservazioni		Luogo e data di nascita _____	
14. osservazioni		44. osservazioni		Codice fiscale _____	
15. firma dei conducenti		45. osservazioni		Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
14. osservazioni		46. osservazioni		Nome Pronto Soccorso _____	
15. firma dei conducenti		47. osservazioni		Comune _____	

* 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 deve essere firmata dai conducenti.

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

INTERVENTO DELLE AUTORITA': SI - NO E QUALI.

DATI DEL CONDUCENTE
NOME, COGNOME,
INDIRIZZO, TELEFONO,
CODICE FISCALE,
PATENTE

DATI DI EVENTUALI FERITI

DATI DEL CONDUCENTE
NOME, COGNOME,
INDIRIZZO, TELEFONO,
CODICE FISCALE,
PATENTE

DATI DI EVENTUALI FERITI