

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

<b>1. data</b> incidente	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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> 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)																		
<b>veicolo A</b>		<b>12. circostanze dell'incidente</b> Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)	<b>veicolo B</b>																	
<b>6. contraente/assicurato</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____		<b>1</b> <input type="checkbox"/> in fermata / in sosta <b>2</b> <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera <b>3</b> <input type="checkbox"/> stava parcheggiando <b>4</b> <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale <b>5</b> <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale <b>6</b> <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio <b>7</b> <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio <b>8</b> <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila <b>9</b> <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa <b>10</b> <input type="checkbox"/> cambiava fila <b>11</b> <input type="checkbox"/> sorpassava <b>12</b> <input type="checkbox"/> girava a destra <b>13</b> <input type="checkbox"/> girava a sinistra <b>14</b> <input type="checkbox"/> retrocedeva <b>15</b> <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso <b>16</b> <input type="checkbox"/> proveniva da destra <b>17</b> <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<b>6. contraente/assicurato</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____																	
<b>7. veicolo</b>			<b>7. veicolo</b>																	
<table border="1" style="width:100%;"><tr><th>A MOTORE</th><th>RIMORCHIO</th></tr><tr><td>Marca, Tipo</td><td></td></tr><tr><td>N. di targa o telaio</td><td>N. di targa o telaio</td></tr><tr><td>Stato d'immatricolazione</td><td>Stato d'immatricolazione</td></tr></table>	A MOTORE		RIMORCHIO	Marca, Tipo		N. di targa o telaio	N. di targa o telaio	Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione		<table border="1" style="width:100%;"><tr><th>A MOTORE</th><th>RIMORCHIO</th></tr><tr><td>Marca, Tipo</td><td></td></tr><tr><td>N. di targa o telaio</td><td>N. di targa o telaio</td></tr><tr><td>Stato d'immatricolazione</td><td>Stato d'immatricolazione</td></tr></table>	A MOTORE	RIMORCHIO	Marca, Tipo		N. di targa o telaio	N. di targa o telaio	Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione	
A MOTORE	RIMORCHIO																			
Marca, Tipo																				
N. di targa o telaio	N. di targa o telaio																			
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione																			
A MOTORE	RIMORCHIO																			
Marca, Tipo																				
N. di targa o telaio	N. di targa o telaio																			
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione																			
<b>8. compagnia d'assicurazione</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Denominazione <b>Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia</b> <b>N. di polizza</b> _____ N. di Carta Verde _____ <b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde Valido dal _____ al _____ <b>Agenzia</b> (o ufficio o intermediario) Denominazione _____ Indirizzo _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____ La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				<b>8. compagnia d'assicurazione</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Denominazione _____ <b>N. di polizza</b> _____ N. di Carta Verde _____ <b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde Valido dal _____ al _____ <b>Agenzia</b> (o ufficio o intermediario) Denominazione _____ Indirizzo _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____ La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																
<b>9. conducente</b> <i>(Vedere patente di guida)</i> 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 _____			← <b>indicare il numero di caselle barrate con una croce</b> → Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.	<b>9. conducente</b> <i>(Vedere patente di guida)</i> 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 _____																
<b>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del 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>11. danni visibili al veicolo A</b>			<b>11. danni visibili al veicolo B</b>																	
<b>14. osservazioni</b>			<b>15. firma dei conducenti</b>	<b>14. osservazioni</b>																
<b>A</b>		<b>B</b>	<b>B</b>																	

\* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Copia per l'Assicurato

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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 \_\_\_\_\_

## DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS	VVUU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ				
TESTIMONI		NOMINATIVO				INDIRIZZO				N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.	
	1											si	no
	2											si	no
	3											si	no
PERSONE		COGNOME E NOME		NATURA DELLE LESIONI			INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.	
												si	no
												si	no
												si	no
DANNI A TERZI COSE O ANIMALI		VEICOLO		PROPRIETARIO DEL VEICOLO									
		TIPO	TARGA	COGNOME E NOME			INDIRIZZO			N. TELEF.			
	1												
	2												
3													

Descrizione del sinistro

L'Assicurato ha sofferto danni materiali? \_\_\_\_\_ Lesioni? \_\_\_\_\_ Intende chiedere risarcimento alla controparte? \_\_\_\_\_

**Data della denuncia** \_\_\_\_\_

**Firma dell'Assicurato o del Conducente** \_\_\_\_\_