



Italian

**Constatazione
Amichevole di Incidente
Istruzione**

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.

1. data incidente	ora	2. luogo (comune, provincia, via e numero)	3. feriti anche se lievi NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> *
--------------------------	-----	---	--

4. danni materiali veicoli oltre A o B NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> *	oggetti diversi dai veicoli NO <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> *	5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)
---	--	---

veicolo A

A

6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome _____ 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 _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> 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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	
9. conducente (Vedere patente di guida) Cognome _____ 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 <i>(cancellare l'opzione non corretta)</i>	
1	in fermata / in sosta	1
2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2
3	stava parcheggiando	3
4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4
5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5
6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6
7	circolava su una piazza a senso rotatorio	7
8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8
9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9
10	cambiava fila	10
11	sorpassava	11
12	girava a destra	12
13	girava a sinistra	13
14	retrocedeva	14
15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15
16	proveniva da destra	16
17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ← indicare il numero di caselle barrate con una croce → </div>		
Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.		
13. grafico dell'incidente al momento dell'urto		

veicolo B

B

6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome _____ 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 _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> 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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/>	
9. conducente (Vedere patente di guida) Cognome _____ 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

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

B

11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

A

15. firma dei conducenti

A
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. 135 D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'ISVAP per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore della assicurazione R.C. Auto

C'è stato intervento dell'Autorità **SÌ** **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 **SÌ** **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 **SÌ** **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 **SÌ** **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 **SÌ** **NO**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		SI	NO	C.C.	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		SI	NO	
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		SI	NO	A CHI?			PERCHÉ						
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		
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 _____

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.

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

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 SÌ

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 _____

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 SÌ

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 | 1 |
| 2 | ripartiva dopo una sosta apriva una portiera | 2 |
| 3 | stava parcheggiando | 3 |
| 4 | usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale | 4 |
| 5 | entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale | 5 |
| 6 | si immetteva in una piazza a senso rotatorio | 6 |
| 7 | circolava su una piazza a senso rotatorio | 7 |
| 8 | tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila | 8 |
| 9 | procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa | 9 |
| 10 | cambiava fila | 10 |
| 11 | sorpassava | 11 |
| 12 | girava a destra | 12 |
| 13 | girava a sinistra | 13 |
| 14 | retrocedeva | 14 |
| 15 | invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso | 15 |
| 16 | proveniva da destra | 16 |
| 17 | non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso | 17 |
- ← 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.

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

A	B
---	---

10. indicare con una freccia (➔) il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. danni visibili al veicolo A

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
A	B	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. Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

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

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'ISVAP per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore della assicurazione R.C. Auto

C'è stato intervento dell'Autorità **SÌ** **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 **SÌ** **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 **SÌ** **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 **SÌ** **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 **SÌ** **NO**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		SI	NO	C.C.	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		SI	NO	
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		SI	NO	A CHI?			PERCHÉ						
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		
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 _____