

# 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> 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**

**6. contraente/assicurato**  
*(vedere certificato d'assicurazione)*

Cognome (stadi/patello) \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale / Parità (VA) \_\_\_\_\_  
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 (stadi/patello) \_\_\_\_\_  
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.

**veicolo B**

**6. contraente/assicurato**  
*(vedere certificato d'assicurazione)*

Cognome (stadi/patello) \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale / Parità (VA) \_\_\_\_\_  
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 _____

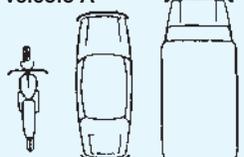
**8. compagnia d'assicurazione** *(vedere certificato d'assicurazione)*

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 (stadi/patello) \_\_\_\_\_  
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**



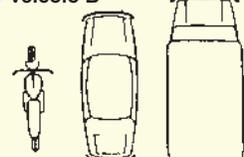
**11. danni visibili al veicolo A**

**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**

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

**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.

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

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

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	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	
												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 \_\_\_\_\_

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

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