

# 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</b> incidente	ora	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)	<b>3. feriti</b> anche se lievi
			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *

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

veicolo A

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     si

**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.

veicolo B

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     si

**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 \_\_\_\_\_

**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

A	B
---	---

**10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo B**

**11. danni visibili al veicolo B**

<b>14. osservazioni</b>	<b>15. firma dei conducenti</b>	<b>14. osservazioni</b>
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.

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? SI NO Lesioni? SI NO 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 **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 \_\_\_\_\_