

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

← 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

--	--

**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  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

--	--

**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 →

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo pr ovvedimento lsvap 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</b> (Barrare solo una casella)	
<b>Conducente</b> <input type="checkbox"/> <b>Passeggero</b> <input type="checkbox"/> <b>Pedone</b> <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</b> (Barrare solo una casella)	
<b>Conducente</b> <input type="checkbox"/> <b>Passeggero</b> <input type="checkbox"/> <b>Pedone</b> <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</b> (Barrare solo una casella)	
<b>Conducente</b> <input type="checkbox"/> <b>Passeggero</b> <input type="checkbox"/> <b>Pedone</b> <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</b> (Barrare solo una casella)	
<b>Conducente</b> <input type="checkbox"/> <b>Passeggero</b> <input type="checkbox"/> <b>Pedone</b> <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 _____	