

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 si *			
4. danni materiali veicoli oltre A o B no si *			oggetti diversi dai veicoli no si *			5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)		
veicolo A			veicolo B					
6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____			12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)			6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____		
7. veicolo						7. veicolo		
MOTORE						A MOTORERIMORCHIO		
Marca, Tipo _____			Impianto _____			Marca, Tipo _____		
N. di targa o telaio _____			Numero aziendale _____			N. di targa o telaio _____		
Stato d'immatricolazione _____						Stato d'immatricolazione _____		
8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>						8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		
Denominazione _____						Denominazione _____		
N. di polizza _____						N. di polizza _____		
N. di Carta Verde _____						N. di Carta Verde _____		
Certificato di assicurazione o Carta Verde						Certificato di assicurazione o Carta Verde		
Valido dal _____ al _____						Valido dal _____ al _____		
Agenzia (o ufficio o intermediario)						Agenzia (o ufficio o intermediario)		
Denominazione _____						Denominazione _____		
Indirizzo _____						Indirizzo _____		
Stato _____						Stato _____		
N. Tel. o E-mail _____						N. Tel. o E-mail _____		
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no si						La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no si		
9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Data di nascita _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ Stato _____			13. grafico dell'incidente al momento dell'urto			9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Data di nascita _____ Codice Fiscale _____ Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ Stato _____		
10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del 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		
11. danni visibili al veicolo A						11. danni visibili al veicolo B		
14. osservazioni			15. firma dei conducenti			14. osservazioni		
A			B			B		

Altre informazioni

richieste ai sensi dell’art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 “Codice delle assicurazioni private”

C'è stato intervento dell'Autorità?

si

no

Quale Autorità è intervenuta?

CC

P.S.

VV.UU.

veicoloA

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

veicoloB

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