

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 dell'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
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B		5. testimoni: 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

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)
 Rottonara & Debiasi SNC - Allianz

Denominazione _____
 Indirizzo Via Peter Mayr 10
39042 Bressanone (BZ) Stato IT
 N. Tel. o E-mail 0472 835 501 - info@rda.bz
 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)

<input type="checkbox"/>	1	in fermata / in sosta	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7	circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10	cambiava fila	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	11	sorpassava	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	12	girava a destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	13	girava a sinistra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	14	retrocedeva	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	16	proveniva da destra	<input type="checkbox"/>
<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.

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

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. 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 dell'assicurazione R.C. Auto.

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 _____