

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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.

(art. 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977)

1. data incidente	ORA	2. luogo dell'incidente	3. feriti anche	FERITI: SI - NO
4. danni materiali veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si + oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si +		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (prevedere se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)		
6. agente/assicurato veicolo A		6. contraente/assicurato veicolo B		
DATI DELL'ASSICURATO: NOME, COGNOME, INDIRIZZO, TELEFONO, CODICE FISCALE		DATI DELL'ASSICURATO: NOME, COGNOME, INDIRIZZO, TELEFONO, CODICE FISCALE		
7. veicolo Marca, Modello, TARGA VEICOLO		7. veicolo Marca, Modello, TARGA VEICOLO		
8. compagnia d'assicurazione Denominazione, N. di polizza, COMPAGNIA D'ASSICURAZIONE E NUMERO DI POLIZZA		8. compagnia d'assicurazione Denominazione, N. di polizza, COMPAGNIA D'ASSICURAZIONE E NUMERO DI POLIZZA		
9. conducente NOME, COGNOME, INDIRIZZO, TELEFONO, CODICE FISCALE, PATENTE		9. conducente NOME, COGNOME, INDIRIZZO, TELEFONO, CODICE FISCALE, PATENTE		
10. indicare con una freccia (→) il punto d'urto iniziale del veicolo A INDICARE IL PUNTO D'URTO		10. indicare con una freccia (→) il punto d'urto iniziale del veicolo B INDICARE IL PUNTO D'URTO		
11. danni visibili al veicolo A		11. danni visibili al veicolo B		
12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) negli spazi vuoti 1. in fermata / in sosta 2. ripartiva dopo una sosta apriva una portiera 3. stava parcheggiando 4. usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale 5. entrava in un parcheggio, in un luogo 6. BARRARE LE CASELLE CHE DESCRIVONO LE DINAMICHE DEL SINISTRO: PER IL VEICOLO A E PER IL VEICOLO B 7. girava a destra 8. girava a sinistra 9. retrocedeva 10. invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso 11. proveniva da destra 12. non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso 13. grafico dell'incidente al momento dell'urto 14. osservare		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 14. osservare		
14. osservazioni		14. osservazioni		
15. firma del conducenti FIRME		15. firma del conducenti FIRME		

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	veicolo B
TARGA	TARGA
Testimone	INTERVENTO DELLE AUTORITA': SI - NO E QUALI.
Nome e cognome	Nome e cognome
Codice fiscale	Codice fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Tel.	Tel.
Testimone	Testimone
Nome e cognome	Nome e cognome
Codice fiscale	Codice fiscale
Indirizzo	Indirizzo
Tel.	Tel.
Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)	Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)
Nome e cognome o Denominazione sociale	Nome e cognome o Denominazione sociale
Indirizzo (Comune, via e numero)	Indirizzo (Comune, via e numero)
C.A.P.	C.A.P.
Provincia	Provincia
Luogo e data di nascita	Luogo e data di nascita
Codice fiscale/Partita IVA	Codice fiscale/Partita IVA
Ferito (Barrare solo una casella)	Ferito (Barrare solo una casella)
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome	Nome e cognome
Indirizzo (Comune, via e numero)	Indirizzo (Comune, via e numero)
Luogo e data di nascita	Luogo e data di nascita
Codice fiscale	Codice fiscale
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome Pronto Soccorso	Nome Pronto Soccorso
Comune	Comune
Ferito (Barrare solo una casella)	Ferito (Barrare solo una casella)
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome	Nome e cognome
Indirizzo (Comune, via e numero)	Indirizzo (Comune, via e numero)
Luogo e data di nascita	Luogo e data di nascita
Codice fiscale	Codice fiscale
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nome Pronto Soccorso	Nome Pronto Soccorso
Comune	Comune

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato →

* 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 del danneggiato.