

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

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 *			5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) oggetti diversi dai veicoli no si *			

veicolo B								
6.	contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)							
	Cognome (stampatello) _____							
1	Nome _____							
	Codice Fiscale / Partita IVA _____							
2	Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____							
3	C.A.P. _____ Stato _____							
	N. Tel. o E-mail _____							
4	7. veicolo							
5	<table border="1"> <thead> <tr> <th>A MOTORE</th> <th>RIMORCHIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marca, Tipo _____</td> <td rowspan="2">N. di targa o telaio _____</td> </tr> <tr> <td>N. di targa o telaio _____</td> </tr> <tr> <td>Stato d'immatricolazione _____</td> <td>Stato d'immatricolazione _____</td> </tr> </tbody> </table>	A MOTORE	RIMORCHIO	Marca, Tipo _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
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)							
9	Denominazione _____							
	N. di polizza _____							
0	N. di Carta Verde _____							
	Certificato di assicurazione o Carta Verde							
1	Valido dal _____ al _____							
	Agenzia (o ufficio o intermediario) _____							
2	Denominazione _____							
3	Indirizzo _____							
	Stato _____							
4	N. Tel. o E-mail _____							
5	La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <table border="1"> <tr> <td>no</td> <td>si</td> </tr> </table>	no	si					
no	si							
6	9. conducente (Vedere patente di guida)							
	Cognome (stampatello) _____							
7	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 B

14. osservazioni

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

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

CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE

DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di incidente:

- compila il modulo in tutte le sue parti e con i dati di entrambi i conducenti, delle polizze e dei due veicoli coinvolti, descrivendo in modo chiaro le circostanze dell'incidente;
- ogni conducente deve trattenere due copie del modulo: una per sè e una per il proprio assicuratore;
- tutte le copie devono essere identiche e non devono quindi essere effettuate correzioni dopo la compilazione.

**CONSEGNA SUBITO IL MODULO COMPILATO
AL TUO AGENTE DI FIDUCIA.**

Per la denuncia del sinistro puoi inoltre contattare
la Centrale Operativa Sinistri al numero



attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle 19,00
e sabato dalle ore 8,00 alle 13,00.

Verrà fornita tutta l'assistenza necessaria.

ISTRUZIONI PER L'IMPIEGO DEL MODULO

1. Il presente modulo deve, a norma dell'art. 143 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n.209, Codice delle assicurazioni private, essere utilizzato per denunciare il sinistro al proprio assicuratore nel caso di scontro con altro veicolo a motore.
2. Il presente modulo può anche essere utilizzato per assolvere alle formalità previste dagli articoli 148 e 149 del Codice delle assicurazioni private citato al n. 1: a tal fine è sufficiente che copia di esso venga allegata alla richiesta di risarcimento che sarà presentata all'assicuratore del responsabile ovvero al proprio assicuratore qualora ricorrano i presupposti per l'applicazione della procedura di risarcimento diretto di cui allo stesso art. 149 del Codice delle assicurazioni private e al D.P.R. n. 254 del 2006.
3. Utilizzare un solo modulo per entrambi i veicoli coinvolti nel sinistro (oppure 2 moduli per il caso che nel sinistro siano coinvolti 3 veicoli, e così via). Il modulo può essere fornito da una qualsiasi delle parti. Se il modulo è sottoscritto anche dall'altro conducente esso vale come constatazione amichevole di incidente e produce gli effetti di cui all'art. 148, primo comma, del Codice delle assicurazioni private e all'art. 8, secondo comma, lettera c), del D.P.R. n. 254 del 2006.
4. Nel compilare il modulo ricordare:
 - di servirsi per rispondere alle domande:
 - a) n. 6 e 8 del questionario, dei documenti di assicurazione (Certificato o Carta verde);
 - b) n. 9 del questionario, della propria patente di guida;
 - al n. 10, di indicare con precisione sulla sagoma del veicolo ivi riprodotta il punto di urto iniziale;
 - al n. 12, di apporre una croce (X) nelle sole caselle nelle quali sono indicate le circostanze dell'incidente e di indicare il numero totale delle caselle così segnate;
 - al n. 13, di redigere un grafico del sinistro.
5. Nel caso in cui il conducente dell'altro veicolo non accetti di sottoscrivere anch'egli il modulo, si dovrà compilare integralmente il modulo stesso per la parte relativa al proprio veicolo (veicolo A), mentre per la parte relativa al veicolo della controparte (veicolo B) sarà sufficiente rispondere alla domanda n. 7 ed indicare al n. 8 la denominazione della Compagnia di assicurazione.
Ove possibile rispondere anche alle altre domande.
6. Completare le informazioni di cui ha bisogno l'assicuratore compilando il modulo anche sul retro ed il foglio "altre informazioni".
7. Se l'altro conducente è in possesso di un modulo redatto in lingua diversa, potrà essere utilizzato anche detto modulo, purchè conforme al presente.