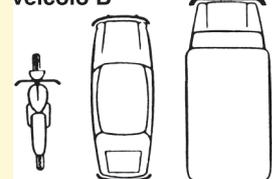


# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(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

<b>1. data</b> incidente	ora	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)	<b>3. feriti</b> anche se lievi
			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B      oggetti diversi dai veicoli		<b>5. testimoni:</b> 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 *			
<b>veicolo A</b>		<b>veicolo B</b>	
<b>6. contraente/assicurato</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		<b>6. contraente/assicurato</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>	
Cognome (stampatello) _____		Cognome (stampatello) _____	
Nome _____		Nome _____	
Codice Fiscale / Partita IVA _____		Codice Fiscale / Partita IVA _____	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
C.A.P. _____ Stato _____		C.A.P. _____ Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
<b>7. veicolo</b>		<b>7. veicolo</b>	
<b>A MOTORE</b>	<b>RIMORCHIO</b>	<b>A MOTORE</b>	<b>RIMORCHIO</b>
Marca, Tipo _____		Marca, Tipo _____	
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
<b>8. compagnia d'assicurazione</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		<b>8. compagnia d'assicurazione</b> <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>	
Denominazione <b>Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia</b>		Denominazione _____	
<b>N. di polizza</b>		<b>N. di polizza</b>	
N. di Carta Verde _____		N. di Carta Verde _____	
<b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde		<b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde	
Valido dal _____ al _____		Valido dal _____ al _____	
<b>Agenzia</b> (o ufficio o intermediario)		<b>Agenzia</b> (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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
<b>9. conducente</b> <i>(Vedere patente di guida)</i>		<b>9. conducente</b> <i>(Vedere patente di guida)</i>	
Cognome (stampatello) _____		Cognome (stampatello) _____	
Nome _____		Nome _____	
Data di nascita _____		Data di nascita _____	
Codice Fiscale _____		Codice Fiscale _____	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
Stato _____		Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
Patente N. _____		Patente N. _____	
Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____		Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____	
<b>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A</b>		<b>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo B</b>	
			
<b>11. danni visibili al veicolo A</b>		<b>11. danni visibili al veicolo B</b>	
<b>14. osservazioni</b>		<b>14. osservazioni</b>	
<b>12. circostanze dell'incidente</b> Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)		<b>12. circostanze dell'incidente</b> Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)	
1 <input type="checkbox"/> in fermata / in sosta		1 <input type="checkbox"/> in fermata / in sosta	
2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera		2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	
3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando		3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando	
4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale		4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	
5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale		5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	
6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio		6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio	
7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio		7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio	
8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila		8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	
9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa		9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	
10 <input type="checkbox"/> cambiava fila		10 <input type="checkbox"/> cambiava fila	
11 <input type="checkbox"/> sorpassava		11 <input type="checkbox"/> sorpassava	
12 <input type="checkbox"/> girava a destra		12 <input type="checkbox"/> girava a destra	
13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra		13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra	
14 <input type="checkbox"/> retrocedeva		14 <input type="checkbox"/> retrocedeva	
15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso		15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	
16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra		16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra	
17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	
← <b>indicare il numero di caselle barrate con una croce</b> →			
Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.			
<b>13. grafico dell'incidente al momento dell'urto</b>		<b>13. grafico dell'incidente al momento dell'urto</b>	
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		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	
			
<b>15. firma dei conducenti</b>		<b>15. firma dei conducenti</b>	
A		B	
A		B	

\* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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 \_\_\_\_\_

## DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS	VVUU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ					
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** \_\_\_\_\_