



ITALIANO - ITALIAN CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE

Come utilizzare questa Constatazione Amichevole di Incidente

Incidente con solo il tuo veicolo

Compila una colonna della Constatazione Amichevole di Incidente e firma il modulo. Compila anche la pagina di dichiarazione aggiuntiva e firmala. Invia entrambi i documenti alla tua compagnia assicurativa.

Incidente con un altro veicolo

Compilate insieme la Constatazione Amichevole di Incidente. Ogni conducente compila una colonna e entrambi i conducenti firmano il modulo. Poi compilate un secondo modulo con gli stessi dati affinché ogni conducente abbia un modulo completamente compilato. Ogni modulo può essere in una lingua diversa.



CAR TRAVEL DOCS

cartraveldocs.com

support@cartraveldocs.com



**Thank you for downloading
this document!**

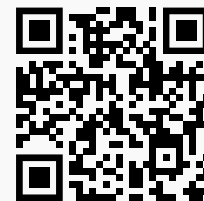
If it makes your travel easier, a coffee would be the perfect way to say thank you.



My Meal Cards

mymealcards.com

support@mymealcards.com



**Traveling with food allergies, diets,
or intolerances?**

Easy-to-use cards to communicate dietary needs when traveling. Scan the QR code to learn more.

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 <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> * |
| 4. danni materiali veicoli oltre A o B NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> * | | oggetti diversi dai veicoli NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> * | |
| 5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) | | | |

veicolo A

| | |
|--|--------------------------------|
| 6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> | |
| Cognome <i>(stampatello)</i> _____ | |
| Nome _____ | |
| Codice Fiscale/Partita IVA _____ | |
| Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ | |
| 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 <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> | |
| 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 <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> | |
| 9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i> | |
| Cognome <i>(stampatello)</i> _____ | |
| Nome _____ | |
| Data di nascita _____ | |
| Codice Fiscale _____ | |
| Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ | |
| 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 <small>(cancellare l'opzione non corretta)</small> | | |
| 1 | in fermata / in sosta | 1 |
| 2 | ripartiva dopo una sosta apriva una portiera | 2 |
| 3 | stava parcheggiando | 3 |
| 4 | usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale | 4 |
| 5 | entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale | 5 |
| 6 | si immetteva in una piazza a senso rotatorio | 6 |
| 7 | circolava su una piazza a senso rotatorio | 7 |
| 8 | tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila | 8 |
| 9 | procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa | 9 |
| 10 | cambiava fila | 10 |
| 11 | sorpassava | 11 |
| 12 | girava a destra | 12 |
| 13 | girava a sinistra | 13 |
| 14 | retrocedeva | 14 |
| 15 | invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso | 15 |
| 16 | proveniva da destra | 16 |
| 17 | non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso | 17 |
| ← 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. | | |
| 13. grafico dell'incidente al momento dell'urto | | |

veicolo B

| | |
|--|--------------------------------|
| 6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> | |
| Cognome <i>(stampatello)</i> _____ | |
| Nome _____ | |
| Codice Fiscale/Partita IVA _____ | |
| Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ | |
| 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 <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> | |
| 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 <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> | |
| 9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i> | |
| Cognome <i>(stampatello)</i> _____ | |
| Nome _____ | |
| Data di nascita _____ | |
| Codice Fiscale _____ | |
| Indirizzo <i>(comune, provincia, via e numero)</i> _____ | |
| 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

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 | 14. osservazioni |
| A | B | B |

* 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 dei danneggiati. La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari. Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➔

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 <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> * |
| 4. danni materiali veicoli oltre A o B NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> * | | oggetti diversi dai veicoli NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> * | |
| 5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) | | | |

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) _____
Denominazione _____
Indirizzo _____
Stato _____
N. Tel. o E-Mail _____
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: NO SÌ

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)

| | | |
|----|--|----|
| 1 | in fermata / in sosta | 1 |
| 2 | ripartiva dopo una sosta apriva una portiera | 2 |
| 3 | stava parcheggiando | 3 |
| 4 | usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale | 4 |
| 5 | entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale | 5 |
| 6 | si immetteva in una piazza a senso rotatorio | 6 |
| 7 | circolava su una piazza a senso rotatorio | 7 |
| 8 | tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila | 8 |
| 9 | procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa | 9 |
| 10 | cambiava fila | 10 |
| 11 | sorpassava | 11 |
| 12 | girava a destra | 12 |
| 13 | girava a sinistra | 13 |
| 14 | retrocedeva | 14 |
| 15 | invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso | 15 |
| 16 | proveniva da destra | 16 |
| 17 | non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso | 17 |

← **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 SÌ

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> A B </div> | 14. osservazioni |
|-------------------------|---|-------------------------|

* 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 dei danneggiati. La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari. ➡ Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato

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 della assicurazione R.C. Auto

C'è stato intervento dell'Autorità **Sì** **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 **Sì** **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 **Sì** **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 **Sì** **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 **Sì** **NO**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

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 della assicurazione R.C. Auto

C'è stato intervento dell'Autorità **Sì** **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 **Sì** **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 **Sì** **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 **Sì** **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 **Sì** **NO**

Nome Pronto Soccorso _____

Comune _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|----|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|---------------------|-------------------------|-------------------------|----|----|
| LOCALITÀ | | AUTORITÀ INTERVENUTE | | SÌ | NO | CC. | PS. | VV.UU. | COMANDO DI | | FU REDATTO VERBALE? | | SÌ | NO | |
| DATA DEL SINISTRO | | ELEVATE CONTRAVVENZIONI? | | SÌ | NO | A CHI? | | | PERCHÉ | | | | | | |
| TESTIMONI | NOMINATIVO | | | | | INDIRIZZO | | | | | N. TELEF. | | TRASPORTATI AUTO-ASSIC. | | |
| | 1 | | | | | | | | | | | | | SÌ | NO |
| | 2 | | | | | | | | | | | | | SÌ | NO |
| | 3 | | | | | | | | | | | | | SÌ | NO |
| PERSONE | COGNOME E NOME | | | NATURA DELLE LESIONI | | | INDIRIZZO | | | N. TELEF. | | TRASPORTATI AUTO-ASSIC. | | | |
| | | | | | | | | | | | | SÌ NO | | | |
| | | | | | | | | | | | | SÌ 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 _____