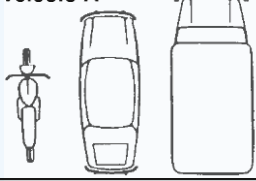
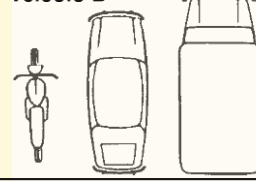


Constatazione amichevole e di incidente Denuncia di sinistro

(art. 143 D.Lgs. n. 209 del 2005)
"Codice delle assicurazioni private"

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui a l'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 ☐ si *																
4. danni materiali veicoli oltre A o B ☐ no ☐ si *			oggetti diversi dai veicoli ☐ no ☐ si *																		
5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)																					
veicolo A			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 _____			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			7. veicolo																		
<table border="1"><thead><tr><th>A MOTORE</th><th>R MORCH O</th></tr></thead><tbody><tr><td>Marca, Tipo</td><td></td></tr><tr><td>N. di targa o telaio</td><td>N. di targa o telaio</td></tr><tr><td>Stato d'immatricolazione</td><td>Stato d'immatricolazione</td></tr></tbody></table>			A MOTORE	R MORCH O	Marca, Tipo		N. di targa o telaio	N. di targa o telaio	Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione	<table border="1"><thead><tr><th>A MOTORE</th><th>R MORCH O</th></tr></thead><tbody><tr><td>Marca, Tipo</td><td></td></tr><tr><td>N. di targa o telaio</td><td>N. di targa o telaio</td></tr><tr><td>Stato d'immatricolazione</td><td>Stato d'immatricolazione</td></tr></tbody></table>			A MOTORE	R MORCH O	Marca, Tipo		N. di targa o telaio	N. di targa o telaio	Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione
A MOTORE	R MORCH O																				
Marca, Tipo																					
N. di targa o telaio	N. di targa o telaio																				
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione																				
A MOTORE	R MORCH O																				
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 LINEAR ASSICURAZIONI 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 a proprio veicolo: ☐ no ☐ si			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 a 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 _____			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			10. indicare con una freccia (+) il punto d'urto iniziale del veicolo B																		
																					
11. danni visibili al veicolo A			11. danni visibili al veicolo B																		
14. osservazioni			14. osservazioni																		
13. grafico dell'incidente a 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			13. grafico dell'incidente a 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																		
15. firma dei conducenti			15. firma dei conducenti																		
A			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

Altre informazioni

C'è stato intervento dell'Autorità? si no Quale Autorità è intervenuta? CC P.S. VV.UU.

richieste ai sensi dell'art.135 D. Lgs.7 settembre 2005, n.209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della

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