

# 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 dell'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 no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		<b>5. testimoni:</b> 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  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 \_\_\_\_\_

**12. circostanze dell'incidente**  
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)

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

← 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  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 \_\_\_\_\_

**10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo A**

**11. danni visibili al veicolo A**

**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

**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**

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

**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. Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➡

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

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no	
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÉ						
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 \_\_\_\_\_

# 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 dell'assicurazione R.C. Auto.

C'è stato intervento dell'Autorità?

 **si** **no**

Quale Autorità è intervenuta?

 **CC** **P.S.** **VV.UU.**

**veicolo A**

**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI PER L'IMPIEGO DEL MODULO  
DI «CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE - DENUNCIA DI SINISTRO»**

---

1. Il presente modulo deve, a norma dell'art. 143 (\*), comma 1 del D. Lgs. n. 209 del 2005 "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 dall'art. 148 comma 1 e 2 (\*\*), D. Lgs. n. 209 del 2005: a tal fine è sufficiente che copia di esso venga allegata alla richiesta di risarcimento che sarà presentata all'assicuratore del responsabile.
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 agli articoli 143, secondo comma, e 148 primo comma, ultimo periodo, del D. Lgs. n. 209 del 2005.
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, purché conforme al presente.

---

(\*) Art. 143 del D. Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private"

«Nel caso di sinistro avvenuto tra veicoli a motore per i quali vi sia obbligo di assicurazione, i conducenti dei veicoli coinvolti o, se persone diverse, i rispettivi proprietari, sono tenuti a denunciare il sinistro alla propria impresa di assicurazione, avvalendosi del modulo fornito dalla medesima, il cui modello è approvato dall'Isvap. In caso di mancata presentazione della denuncia di sinistro si applica l'articolo 1915 del Codice Civile per l'omesso avviso di sinistro.

Quando il modulo sia firmato congiuntamente da entrambi i conducenti coinvolti nel sinistro si presume, salvo prova contraria da parte dell'impresa di assicurazione, che il sinistro si sia verificato nelle circostanze, con le modalità e con le conseguenze risultanti dal modulo stesso».

(\*\*) Art. 148 comma 1 e 2 D. Lgs. n. 209 del 2005

«Per i sinistri con soli danni a cose, la richiesta di risarcimento, presentata secondo le modalità indicate nell'articolo 145, deve essere corredata dalla denuncia secondo il modulo di cui all'articolo 143 e recare l'indicazione del codice fiscale degli aventi diritto al risarcimento e del luogo, dei giorni e delle ore in cui le cose danneggiate sono disponibili per l'ispezione diretta ad accertare l'entità del danno. Entro sessanta giorni dalla ricezione di tale documentazione, l'impresa di assicurazione formula al danneggiato congrua offerta per il risarcimento ovvero comunica specificatamente i motivi per i quali non ritiene di fare l'offerta. Il termine di sessanta giorni è ridotto a trenta quando il modulo di denuncia sia stato sottoscritto dai conducenti coinvolti nel sinistro.

L'obbligo di proporre al danneggiato congrua offerta per il risarcimento del danno, ovvero di comunicare i motivi per cui non si ritiene di fare offerta, sussiste anche per i sinistri che abbiano causato lesioni personali o il decesso. La richiesta di risarcimento deve essere presentata dal danneggiato o dagli aventi diritto con le modalità indicate al comma 1. La richiesta deve contenere l'indicazione del codice fiscale degli aventi diritto al risarcimento e la descrizione delle circostanze nelle quali si è verificato il sinistro ed essere accompagnata, ai fini dell'accertamento e della valutazione del danno da parte dell'impresa, dai dati relativi all'età, all'attività del danneggiato, al suo reddito, all'entità delle lesioni subite, da attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti, nonché dalla dichiarazione ai sensi dell'articolo 142, comma 2, o, in caso di decesso, dallo stato di famiglia della vittima. L'impresa di assicurazione è tenuta a provvedere all'adempimento del predetto obbligo entro novanta giorni dalla ricezione di tale documentazione».