



SOSINCIDENTI.IT

IL PORTALE GRATUITO DI INFORTUNISTICA STRADALE

- **ASSISTENZA**
- **CONSULENZA**
- **GESTIONE SINISTRI**

GRATIS

**CONSERVAMI SEMPRE IN MACCHINA
IN CASO DI INCIDENTE NON PERDERE LA CALMA**

USAMI

**COMPILAMI IN OGNI CAMPO CON I DATI IN TUOI POSSESSO,
INDICA IL TUO RECAPITO TELEFONICO ED INVIAMI A:**

INFO@SOSINCIDENTI.IT

oppure

telefax 06.233227614

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui agli artt. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche.

1. data incidente _____ ora _____	2. luogo (comune, provincia, via e numero) _____	3. feriti anche se lievi <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	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 <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) 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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 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)	
1 <input type="checkbox"/> in fermata / in sosta	1 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando	3 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5 <input type="checkbox"/>
6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio	7 <input type="checkbox"/>
8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9 <input type="checkbox"/>
10 <input type="checkbox"/> cambiava fila	10 <input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/> sorpassava	11 <input type="checkbox"/>
12 <input type="checkbox"/> girava a destra	12 <input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra	13 <input type="checkbox"/>
14 <input type="checkbox"/> retrocedeva	14 <input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15 <input type="checkbox"/>
16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17 <input type="checkbox"/>

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 <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) 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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 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 _____								

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



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



14. osservazioni

A _____

15. firma dei conducenti

A _____

14. osservazioni

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

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

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) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
Nome e cognome _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____ Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____ Ferito (Barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
Nome e cognome _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____ Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
Nome e cognome _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____ Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____ Ferito (Barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone
Nome e cognome _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale _____ Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____