



# **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.

<b>1. data incidente</b> _____ ora _____	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero) _____	<b>3. feriti anche se lievi</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
<b>4. danni materiali</b> 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 *	<b>5. testimoni:</b> cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) _____	

veicolo A	
<b>6. contraente/assicurato</b> (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 _____	
<b>7. veicolo</b>	
<b>A MOTORE</b>	<b>RIMORCHIO</b>
Marca, Tipo _____	_____
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
<b>8. compagnia d'assicurazione</b> (vedere certificato d'assicurazione) Denominazione _____ N. di polizza _____ N. di Carta Verde _____ <b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde Valido dal _____ al _____ <b>Agenzia</b> (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	
<b>9. conducente</b> (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	
<b>Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione</b> (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	
<b>6. contraente/assicurato</b> (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 _____	
<b>7. veicolo</b>	
<b>A MOTORE</b>	<b>RIMORCHIO</b>
Marca, Tipo _____	_____
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
<b>8. compagnia d'assicurazione</b> (vedere certificato d'assicurazione) Denominazione _____ N. di polizza _____ N. di Carta Verde _____ <b>Certificato di assicurazione</b> o Carta Verde Valido dal _____ al _____ <b>Agenzia</b> (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	
<b>9. conducente</b> (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**



<b>11. danni visibili al veicolo A</b>
_____

<b>15. firma dei conducenti</b>
A _____
B _____

<b>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
<b>TARGA</b> _____
<b>Testimone</b>
Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____
<b>Testimone</b>
Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____
<b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>
Nome e cognome o Denominazione sociale _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ C.A.P. _____ Provincia _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale/Partita IVA _____
<b>Ferito</b> (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 _____
<b>Ferito</b> (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
<b>TARGA</b> _____
<b>Testimone</b>
Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____
<b>Testimone</b>
Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____
<b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>
Nome e cognome o Denominazione sociale _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ C.A.P. _____ Provincia _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale/Partita IVA _____
<b>Ferito</b> (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 _____
<b>Ferito</b> (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 _____