

Modulo CAI

Constatazione Amichevole di Incidente automobilistico

Segnala il tuo sinistro online su zurich-connect.it

Oppure chiama il Servizio Sinistri Zurich Connect allo 02.83.430.000
(lun-sab 8.30-19.30)

Assistenza stradale

Il servizio è gratuito solo se la garanzia è presente nella polizza.

 **MAPFRE** | ASSISTANCE
800.186.064 (24 ore su 24)

 **+39.329.911.5088** (Whatsapp)

Modulo di Constatazione Amichevole di Incidente (CAI)

① Il modulo CAI è importante perchè:

- **riduce i tempi di gestione del sinistro e di risarcimento**
- aiuta a **chiarire la dinamica dell'incidente**.

② Istruzioni per l'uso

- **Questo modulo dev'essere utilizzato per:**
 - > **denunciare un sinistro** alla propria Compagnia di assicurazione in caso di collisione con un altro veicolo a motore. Ricorda di denunciare il sinistro **entro 3 giorni** dalla data in cui si è verificato o ne hai avuto conoscenza
 - > **attivare la procedura di risarcimento del danno**, allegando una copia di questo modulo alla richiesta di risarcimento.
- **Utilizza un solo modulo per entrambi i veicoli coinvolti nel sinistro oppure 2 moduli se nel sinistro** sono coinvolti 3 veicoli, e così via.
- **Se il modulo viene firmato anche dall'altro conducente** esso vale come accordo tra le parti sulla dinamica dell'incidente e **ti consente di ridurre i tempi di gestione del sinistro**.
- **Nel caso in cui il conducente dell'altro veicolo non accetti di firmare**, compila il modulo per la parte relativa al tuo veicolo (veicolo A). **Per la parte relativa alla controparte** (veicolo B), le **informazioni indispensabili** per attivare la richiesta di risarcimento sono: **i dati relativi al veicolo** e la **denominazione della Compagnia di assicurazione**.

③ Segnala il tuo sinistro. Online è semplice e veloce!

Una volta compilato e firmato il modulo CAI accedi alla tua Area Riservata su zurich-connect.it e segnala il tuo sinistro in pochi click:

- **Clicca su "Sinistri" > "Segnala Sinistro online" e compila il form "Apertura segnalazione sinistro"**
- **Allega la documentazione** del tuo sinistro (compreso il modulo CAI)
- **Riceverai un'e-mail di conferma** con un riepilogo dei dati che hai inserito
- **Nella tua Area Riservata potrai visualizzare lo stato del sinistro** e i dati del tuo perito.

Oppure chiama il Servizio Sinistri Zurich Connect allo **02.83.430.000** (attivo dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 19.30).

④ Istruzioni per la stampa

Il modulo CAI non scade: se hai già un modulo, anche di altra Compagnia, puoi utilizzare quello.

Il modulo è composto da 3 fogli: 1. Denuncia di sinistro, 2. Altre informazioni, 3. Denuncia di danno responsabilità civile verso terzi. Di ciascun foglio, in allegato, trovi una copia per te e una per la controparte.

I fogli 2 e 3 vanno compilati se nel sinistro sono coinvolti anche testimoni e/o feriti e se i dati del proprietario del veicolo sono diversi da quelli del contraente/assicurato).

Stampa questo documento e assicurati che tutte le informazioni contenute nella tua copia e in quella per la controparte siano uguali.

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"/> si <input type="checkbox"/> *																	
4. danni materiali 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"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)																		
veicolo A		12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)	veicolo B																	
6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale / Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____ C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____		1 <input type="checkbox"/> in fermata / in sosta 2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera 3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando 4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale 5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale 6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio 7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio 8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila 9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa 10 <input type="checkbox"/> cambiava fila 11 <input type="checkbox"/> sorpassava 12 <input type="checkbox"/> girava a destra 13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra 14 <input type="checkbox"/> retrocedeva 15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso 16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra 17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i> 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" style="width:100%;"><tr><th>A MOTORE</th><th>RIMORCHIO</th></tr><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></table>	A MOTORE		RIMORCHIO	Marca, Tipo		N. di targa o telaio	N. di targa o telaio	Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione		<table border="1" style="width:100%;"><tr><th>A MOTORE</th><th>RIMORCHIO</th></tr><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></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																			
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 Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia 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 <input type="checkbox"/>				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: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																
9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i> 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 _____			← 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.	9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i> 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			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																	
11. danni visibili al veicolo A																				
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, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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)

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 _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS	VVUU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ					
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? _____

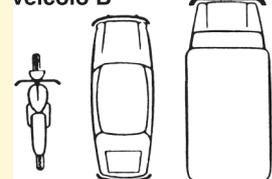
Data della denuncia _____

Firma dell'Assicurato o del Conducente _____

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
			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B oggetti diversi dai veicoli		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si * <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *			
veicolo A		veicolo B	
6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>	
Cognome (stampatello) _____		Cognome (stampatello) _____	
Nome _____		Nome _____	
Codice Fiscale / Partita IVA _____		Codice Fiscale / Partita IVA _____	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
C.A.P. _____ Stato _____		C.A.P. _____ Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
7. veicolo		7. veicolo	
A MOTORE	RIMORCHIO	A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo _____	_____	Marca, Tipo _____	_____
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>	
Denominazione Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia		Denominazione _____	
N. di polizza		N. di polizza	
N. di Carta Verde _____		N. di Carta Verde _____	
Certificato di assicurazione o Carta Verde		Certificato di assicurazione o Carta Verde	
Valido dal _____ al _____		Valido dal _____ al _____	
Agenzia (o ufficio o intermediario)		Agenzia (o ufficio o intermediario)	
Denominazione _____		Denominazione _____	
Indirizzo _____		Indirizzo _____	
_____ Stato _____		_____ Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i>		9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i>	
Cognome (stampatello) _____		Cognome (stampatello) _____	
Nome _____		Nome _____	
Data di nascita _____		Data di nascita _____	
Codice Fiscale _____		Codice Fiscale _____	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
_____ Stato _____		_____ Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
Patente N. _____		Patente N. _____	
Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____		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	
12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)		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"/> in fermata / in sosta	
2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera		2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	
3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando		3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando	
4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale		4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	
5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale		5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	
6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio		6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio	
7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio		7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio	
8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila		8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	
9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa		9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	
10 <input type="checkbox"/> cambiava fila		10 <input type="checkbox"/> cambiava fila	
11 <input type="checkbox"/> sorpassava		11 <input type="checkbox"/> sorpassava	
12 <input type="checkbox"/> girava a destra		12 <input type="checkbox"/> girava a destra	
13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra		13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra	
14 <input type="checkbox"/> retrocedeva		14 <input type="checkbox"/> retrocedeva	
15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso		15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	
16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra		16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra	
17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	
← indicare il numero di caselle barrate con una croce →		← 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.		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		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		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	
A		B	
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, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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)*

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 _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS	VVUU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ					
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? _____

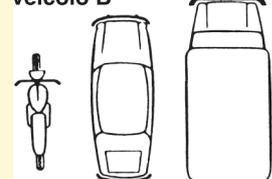
Data della denuncia _____

Firma dell'Assicurato o del Conducente _____

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
			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B oggetti diversi dai veicoli		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si * <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *			
veicolo A		veicolo B	
6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>	
Cognome (stampatello) _____		Cognome (stampatello) _____	
Nome _____		Nome _____	
Codice Fiscale / Partita IVA _____		Codice Fiscale / Partita IVA _____	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
C.A.P. _____ Stato _____		C.A.P. _____ Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
7. veicolo		7. veicolo	
A MOTORE	RIMORCHIO	A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo _____		Marca, Tipo _____	
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>	
Denominazione Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia		Denominazione _____	
N. di polizza		N. di polizza	
N. di Carta Verde _____		N. di Carta Verde _____	
Certificato di assicurazione o Carta Verde		Certificato di assicurazione o Carta Verde	
Valido dal _____ al _____		Valido dal _____ al _____	
Agenzia (o ufficio o intermediario)		Agenzia (o ufficio o intermediario)	
Denominazione _____		Denominazione _____	
Indirizzo _____		Indirizzo _____	
Stato _____		Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i>		9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i>	
Cognome (stampatello) _____		Cognome (stampatello) _____	
Nome _____		Nome _____	
Data di nascita _____		Data di nascita _____	
Codice Fiscale _____		Codice Fiscale _____	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
Stato _____		Stato _____	
N. Tel. o E-mail _____		N. Tel. o E-mail _____	
Patente N. _____		Patente N. _____	
Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____		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	
A		B	
12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)		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"/> in fermata / in sosta	
2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera		2 <input type="checkbox"/> ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	
3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando		3 <input type="checkbox"/> stava parcheggiando	
4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale		4 <input type="checkbox"/> usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	
5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale		5 <input type="checkbox"/> entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	
6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio		6 <input type="checkbox"/> si immetteva in una piazza a senso rotatorio	
7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio		7 <input type="checkbox"/> circolava su una piazza a senso rotatorio	
8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila		8 <input type="checkbox"/> tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	
9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa		9 <input type="checkbox"/> procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	
10 <input type="checkbox"/> cambiava fila		10 <input type="checkbox"/> cambiava fila	
11 <input type="checkbox"/> sorpassava		11 <input type="checkbox"/> sorpassava	
12 <input type="checkbox"/> girava a destra		12 <input type="checkbox"/> girava a destra	
13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra		13 <input type="checkbox"/> girava a sinistra	
14 <input type="checkbox"/> retrocedeva		14 <input type="checkbox"/> retrocedeva	
15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso		15 <input type="checkbox"/> invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	
16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra		16 <input type="checkbox"/> proveniva da destra	
17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		17 <input type="checkbox"/> non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	
← indicare il numero di caselle barrate con una croce →		← 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.		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		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		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	
A		B	
15. firma dei conducenti		15. firma dei conducenti	

* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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)*

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 _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS	VVUU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ				
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 _____

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
			<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *

4. danni materiali
veicoli oltre A o B oggetti diversi dai veicoli

no **si** *
 no **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

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 **Zurich Insurance Company Ltd - Rappresentanza Generale per l'Italia**

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) _____

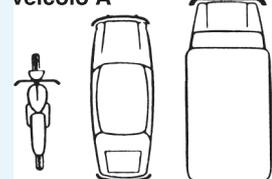
_____ Stato _____

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

14. osservazioni

12. circostanze dell'incidente

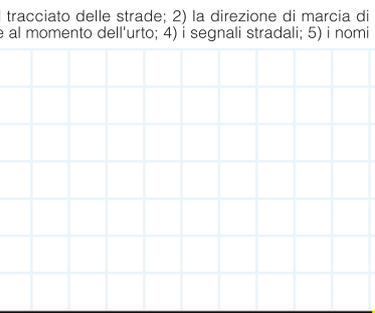
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)

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

← **indicare il numero di caselle barrate con una croce** →

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



15. firma dei conducenti

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) _____

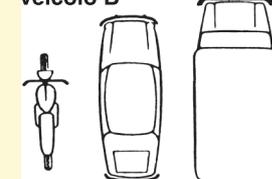
_____ Stato _____

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 B



11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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)*

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 _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS	VVUU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ				
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 _____