

**Constatazione amichevole
di incidente automobilistico**

Denuncia di sinistro

non irritiamoci

siamo cortesi

restiamo calmi

vedere le istruzioni a lato



TORO
ASSICURAZIONI

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 no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * |
| 4. danni materiali veicoli oltre A o B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli 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

6. contraente/assicurato
(vedere certificato d'assicurazione)

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

← Indicare il numero di caselle barrate con una croce →

Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità né una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida detenzione.

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto

(veicolo: 1) la direzione 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

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

veicolo B

6. contraente/assicurato
(vedere certificato d'assicurazione)

Cognome (sottoscrittore) _____
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 (sottoscrittore) _____
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

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, sulle denunce a tergo, l'identità

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

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato →

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 (Barra solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> | Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> |
| 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 (Barra solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> | Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> |
| 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 (Barra solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> | Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> |
| 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 (Barra solo una casella) | |
| Conducente <input type="checkbox"/> | Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/> |
| 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 _____ | |

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|---|----|---------|----|---------|-------------|--|--------------------|--|--------------------------|----|
| ASSICURAZIONE | | AUTURITÀ RICHIEDUTE | | # | NO | CO | RG | PAVA | COMPLESSIVO | | PIÙ AGENTI VEICOLI | | SI | NO |
| DANNO CAUSATO | | ESCLUSI CONTRAVVENZIONI | | # | NO | ADDET | | PERCHÉ | | | | | | |
| VEICOLI DANNO | VEICOLI DANNO | | | | | VEICOLI | | | | | N. TELEF. | | TRASPORTO AUTO ASSIC. | |
| | | | | | | | | | | | | | SI NO | |
| | | | | | | | | | | | | | SI NO | |
| VEICOLI DANNO | CODICE E NOME | | AGENZIA DELLE LESIONI | | | VEICOLI | | | | | N. TELEF. | | TRASPORTO AUTO ASSIC. | |
| | | | | | | | | | | | | | SI NO | |
| | | | | | | | | | | | | | SI NO | |
| VEICOLI DANNO | VEICOLO | | PROPRIETARIO DEL VEICOLO | | | | | VEICOLI | | | | | N. TELEF. | |
| | TIPO | TARGA | COGNOME E NOME | | | VEICOLI | | | | | N. TELEF. | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

Descrizione del sinistro

Assicurato ha sofferto danni materiali? _____ Lesioni? _____ Intende chiedere risarcimento alla controparte? _____

Data della denuncia _____

Firma dell'Assicurato o del Conducente _____

85

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

1. Il presente modulo deve, a norma dell'art. 5 (*) del decreto-legge 23 dicembre 1976, n. 857, convertito, con modificazioni, nella legge 26 febbraio 1977, n. 39 e successive modifiche, 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. 3 (**) del decreto legge citato al n. 1: a tal fine è sufficiente che copia di esso venga allegata alla richiesta di risarcimento che sarà presentata all'assicurazione.
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 3, primo comma, ultimo periodo, e 5, secondo comma, del decreto legge citato al n. 1.
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 in numero totale delle caselle 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. 5 del decreto-legge 23 dicembre 1976, n. 857, convertito, con modificazioni, nella legge 26 febbraio 1977, n. 39 e successive modifiche.

-Nel caso di scontro tra veicoli a motore per i quali vi sia l'obbligo di assicurazione i conducenti dei veicoli coinvolti nel sinistro sono tenuti a denunciare il sinistro avvalendosi del modulo fornito dall'impresa, il cui modello è approvato con decreto del Ministro per l'Industria, il commercio e l'artigianato, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

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

(**) Art. 3 del decreto-legge 23 dicembre 1976, n. 857, convertito, con modificazioni, nella legge 26 febbraio 1977, n. 39 e successive modifiche.

-Per i sinistri con soli danni a cose la richiesta di risarcimento, presentata secondo le modalità indicate nell'art. 22 della legge 24 dicembre 1969, n. 990, e successive modificazioni, deve essere corredata dalla denuncia secondo il modulo di cui all'articolo 5 del presente decreto-legge e recare l'indicazione del luogo, del giorno 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'assicuratore formula al danneggiato congrua offerta per il risarcimento ovvero comunica i motivi per i quali non ritiene di fare 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 da altri aventi diritto con le modalità indicate al primo comma. La richiesta deve contenere 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, dei 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 o, in caso di decesso del certificato di morte. L'assicuratore è tenuto a provvedere all'adempimento del predetto obbligo entro novanta giorni dalla ricezione di tali accertamenti.