

CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE STRADALE

Denuncia di sinistro



 **RIMANI CALMO E ASSICURATI
DI ESSERE IN CONDIZIONI DI SICUREZZA.**
Non correre e non far correre
pericoli alle altre persone coinvolte.

 **COMPILA QUESTO MODULO
ASSIEME ALLA CONTROPARTE E
FIRMATELO ENTRAMBI
PER UN RISARCIMENTO PIÙ RAPIDO.**
Le istruzioni sono sul retro.

 **DENUNCIA TEMPESTIVAMENTE
IL SINISTRO.**
Invia il modulo e le eventuali
foto dell'incidente all'indirizzo
sinistri.autofit@bene.it



 **SERVIZIO SINISTRI**
(per denunce e informazioni)

 Scrivi a
sinistri.autofit@bene.it

 **ASSISTENZA STRADALE**
(se compresa in polizza)

 Numero verde +39 02 873 619 20
(WhatsApp +39 351 80 760 04)

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 (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)

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	invadeva 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 bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.

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

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

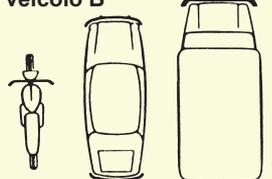


11. danni visibili al veicolo A

14. osservazioni

A **B**

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



11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

A **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 ➡

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 _____

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 (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)

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	invadeva 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 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.

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 (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 _____

LE PARTI SALIENTI DA COMPILARE CORRETTAMENTE

**IN CASO DI INCIDENTE,
CON RAGIONE O TORTO,
INVIA IL MODULO E LE EVENTUALI
FOTO DEL SINISTRO A:
sinistri.autofit@bene.it**

- 1 ➤ **Barrare assolutamente se vi sono feriti.**
- 2 ➤ **Barrare "SI" solo se sono coinvolti nell'incidente più di due veicoli.**
- 3 ➤ **Barrare "SI" solo se nell'incidente sono stati danneggiati oggetti diversi dai veicoli, trasportati (ad es. bagagli) e non (ad es. cancello).**
- 4 ➤ **Il CODICE FISCALE è un elemento essenziale della denuncia, va sempre indicato.**
- 5 ➤ **Indicare sempre il numero di TARGA.**
- 6 ➤ **Scrivere il nome della Compagnia di Assicurazione come indicato.**
- 7 ➤ **Da compilare sempre anche barrando più caselle.**
- 8 ➤ **Segnalare sempre il punto di primo impatto.**
- 9 ➤ **Eseguire un grafico della posizione dei mezzi al momento dell'impatto, avendo cura di indicare la segnaletica orizzontale (righe di mezz'ora, stop, ecc.)**
- 10 ➤ **Firmare per esteso con nome e cognome.**
- 11 ➤ **Qui potranno essere annotati i dati anagrafici dei veicoli coinvolti nel caso in cui l'assicurato e contraente della polizza RC auto non coincidessero, e quelli relativi ad eventuali feriti.**

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro (art. 143 D. Lgs. n. 209 del 2005) (Codice delle assicurazioni private)

1. data incidente: _____ 2. luogo (comune, provincia, via e numero): _____

3. feriti anche se lievi: SI NO

4. anni materiali veicoli oltre A o B: SI NO SI NO

5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (indicare se in lista di trasporti sui veicoli A o B): _____

6. contraente/assicurato (selezionare l'opzione di assicurazione):
 Cognome _____
 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
 N. di targa o telaio _____ N. di targa o telaio _____
 Stato di immatricolazione _____ Stato di immatricolazione _____

8. compagnia d'assicurazione (selezionare l'opzione):
 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 _____

9. indicare il numero di caselle barrate con una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (selezionare l'opzione non corretta):
 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____ 13. _____ 14. _____ 15. _____ 16. _____ 17. _____

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

12. circostanze dell'incidente:
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____
 13. _____
 14. _____
 15. _____
 16. _____
 17. _____

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto:
 Indicare il braccio della strada; 2) la direzione di marcia dei veicoli; 3) il momento dell'urto; 4) la segnaletica orizzontale.

14. osservazioni

15. firma dei conducenti

16. osservazioni

* In caso di lesioni o di danni materiali a cose, diverse dai veicoli A e B, indicare, nelle caselle a fianco, l'esistenza e l'entità dei danni.

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

Vedere a lato le dichiarazioni dell'Assicurato.

Altre informazioni (richiesta 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'IVASS per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore delle assicurazioni 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 _____	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 / Denominazione sociale _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ C.A.P. _____ Provincia _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale/Partita IVA _____ Fertile (barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato) Nome e cognome / Denominazione sociale _____ Indirizzo (Comune, via e numero) _____ C.A.P. _____ Provincia _____ Luogo e data di nascita _____ Codice fiscale/Partita IVA _____ Fertile (barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
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 _____	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	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____	Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____
Fertile (barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fertile (barrare solo una casella) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
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 _____	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	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____	Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____