

DANNI MATERIALI
Se l'incidente ha arrecato danno a **oggetti diversi** dai veicoli A e B (es. muri, guard-rail) barrare la casella **si**

TESTIMONI
Inserire nome, cognome, indirizzo, numero di telefono

CIRCOSTANZE DELL'INCIDENTE
Barrare i riquadri che descrivono in modo chiaro la **causa/circostanze principali** dell'incidente (inserirne nell'ultimo riquadro il numero totale di riquadri barrati)

FERITI
Se l'incidente coinvolge **feriti**, barrare la casella **si**

INTERVENTO DELLE AUTORITÀ
Indicare se sono intervenute le Autorità, barrare la casella SI. Se intervenute specificare quali e mettere in corrispondenza dell'asterisco * o sotto le caselle che specificano il tipo di forza dell'ordine che è intervenuta il comando e la località di riferimento (esempio mettere croce su CC (Carabinieri) e scrivere sotto "Stazione Cecchignola" - Roma).

DANNI MATERIALI
Solo se l'incidente coinvolge **più di due veicoli**, barrare la casella **si**

CONTRAENTE/ASSICURATO
• Inserire i dati **dell'assicurato** e non del conducente
• Se possibile indicare ai fini della denuncia il codice fiscale (o la Partita IVA)
• Indicare telefono/e-mail per ricevere comunicazioni dalla Compagnia

VEICOLO
Indicare **numero di targa** (o telaio per i ciclomotori), **marca** e **modello**

COMPAGNIA D'ASSICURAZIONE
Inserire:
• **Compagnia di assicurazione**
• **Numero della polizza**
• **Scadenza della polizza** (dati riportati sul certificato di assicurazione)

CONDUCENTE
Inserire i **dati del conducente** e non dell'assicurato:
Codice Fiscale (o la Partita IVA), numero di patente e numero di telefono

DANNI VISIBILI AL VEICOLO A
Inserire i **danni al veicolo** ed evidenziare i punti d'urto

OSSERVAZIONI
Integrare con **osservazioni utili** per spiegare meglio la dinamica del sinistro

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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

1. data incidente: 20.02.2011
2. luogo (comune, provincia, via e numero): VIA VERDI MILANO
3. feriti anche se lievi: no si *

4. danni materiali veicoli oltre A o B: no si *
oggetti diversi dai veicoli: no si *

5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)

6. contraente/assicurato
veicolo A
Cognome (stampatello) **ROSSI**
Nome **MARIO**
Codice Fiscale / Partita IVA **MAARD123CFB456E**
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) **VIA LEOPARDO, 1 LEGNANO**
C.A.P. **20025** Stato
N. Tel. o E-mail **02.987 654**

7. veicolo
A MOTORE RIMORCHIO
Marca, Tipo **OPEL**
N. di targa o telaio **AB 123 CD**
Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione **RAS**
N. di polizza **123456789**
N. di Carta Verde
Certificato di assicurazione o Carta Verde
Valido dal **10.05.10** al **10.05.11**
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) **ROSSI**
Nome **MARIO**
Data di nascita **04.03.76**
Codice Fiscale **MAARD123CFB456E**
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
Stato
N. Tel. o E-mail **02.987 654**
Patente N. **MI - 123456789A**
Categ. (A, B, ...) **B** valida fino al **2012**

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
VIA VERDI MILANO
STOP
A ← B

14. osservazioni
15. firma dei conducenti
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

GRAFICO INCIDENTE
Schematizzare il sinistro solo se, quanto indicato al **PUNTO 12**, (causa/circostanze principali) non ne illustra chiaramente la dinamica

FIRMA DEI CONDUCENTI
Spazio riservato alla sottoscrizione del CAI. **Senza la firma congiunta il modulo non è valido**

Altre informazioni

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. _____
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 _____	Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato) Nome e cognome o Denominazione sociale _____
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	Indirizzo (Comune, via e numero) _____
C.A.P. _____ Provincia _____	C.A.P. _____ Provincia _____
Luogo e data di nascita _____	Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale/Partita IVA _____	Codice fiscale/Partita IVA _____
Ferito (Barrare solo una casella) Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	Ferito (Barrare solo una casella) Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome _____	Nome e cognome _____
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	Indirizzo (Comune, via e numero) _____
Luogo e data di nascita _____	Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale _____	Codice fiscale _____
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nome Pronto Soccorso _____	Nome Pronto Soccorso _____
Comune _____	Comune _____
Ferito (Barrare solo una casella) Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>	Ferito (Barrare solo una casella) Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome _____	Nome e cognome _____
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	Indirizzo (Comune, via e numero) _____
Luogo e data di nascita _____	Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale _____	Codice fiscale _____
Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nome Pronto Soccorso _____	Nome Pronto Soccorso _____
Comune _____	Comune _____