

**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)

**veicolo A**  
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)  
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	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____	Nome Pronto Soccorso _____ 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	Ricovero Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____	Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____