

# 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 <b>01/01/2019</b>	ORA <b>13.13</b>	2. luogo (comune, provincia, via e numero) <b>ROMA (ROMA) VIA MILANO 5</b>	3. feriti anche se lievi no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> *
4. danni materiali veicoli oltre A o B no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		oggetti diversi dai veicoli no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>	
5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) <b>MARCO RUSSO</b>			

**veicolo A**

6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)  
Cognome (stampatello) **ROSSI**  
Nome **MARIO**  
Codice Fiscale / Partita IVA **R55MR80A01H501U**  
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)  
**ROMA (ROMA) VIA GARIBOLDI 1**  
C.A.P. **00187** Stato **ITALIA**  
N. Tel. o E-mail **336321004**

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo <b>FIAT 500</b>	
N. di targa o telaio <b>AX 004BC</b>	N. di targa o telaio
Stato d'immatricolazione <b>ITALIA</b>	Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)  
Denominazione **UNIPOLSAI S.P.A.**  
N. di polizza **0843510000001**  
N. di Carta Verde  
Certificato di assicurazione o Carta Verde  
Valido dal **06/06/2018** al **06/06/2018**  
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) **BIANCHI**  
Nome **GIUSEPPE**  
Data di nascita **01/01/1980**  
Codice Fiscale **BNC6PP80A01H501E**  
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)  
**ROMA (ROMA) VIA AOSTA 23**  
Stato **ITALIA**  
N. Tel. o E-mail **3304415554**  
Patente N. **U16893365P**  
Categ. (A, B, ...) **A-B** valida fino al **01/01/2028**

12. circostanze dell'incidente  
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)

- in fermata / in sosta
- ripartiva dopo una sosta apriva una portiera
- stava parcheggiando
- usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale
- entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale
- si immetteva in una piazza a senso rotatorio
- circolava su una piazza a senso rotatorio
- tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila
- procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa
- cambiava fila
- sorpassava
- girava a destra
- girava a sinistra
- retrocedeva
- invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso
- proveniva da destra
- non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso

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) **VERDI**  
Nome **ALESSANDRO**  
Codice Fiscale / Partita IVA **VRDL5580A01F2050**  
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)  
**MILANO (MI) VIA PADOVA 3**  
C.A.P. **20127** Stato **ITALIA**  
N. Tel. o E-mail **331321002**

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo <b>BMW 320</b>	
N. di targa o telaio <b>BC 001 AX</b>	N. di targa o telaio
Stato d'immatricolazione <b>ITALIA</b>	Stato d'immatricolazione

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)  
Denominazione **ALLIANZ S.P.A.**  
N. di polizza **005550929111**  
N. di Carta Verde  
Certificato di assicurazione o Carta Verde  
Valido dal **06/06/2018** al **06/06/2019**  
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) **VERDI**  
Nome **ALESSANDRO**  
Data di nascita **01/01/1980**  
Codice Fiscale **VRDL5580A01F2050**  
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)  
**MILANO (MI) VIA PADOVA 3**  
Stato **ITALIA**  
N. Tel. o E-mail **331321002**  
Patente N. **U15A95579A**  
Categ. (A, B, ...) **B** valida fino al **01/01/2028**

10. indicare con una freccia (\*\*) il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. danni visibili al veicolo A  
**PARTE POSTERIORE**



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

11. danni visibili al veicolo B  
**PARTE ANTERIORE**

14. osservazioni

15. firma dei conducenti  
**A Giuseppe Bianchi**  
**B Alessandro Verdi**

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 del danneggiato.

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

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato →

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo pr ovvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità?  si  no

Quale Autorità è intervenuta? CC  P.S.  VV.UU.

veicolo **A**

TARGA AX 001BC

Testimone

Nome e cognome MARCO BIANCHI  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo VIA AOSTA 23 - ROMA (ROMA)  
Tel. 33155526441

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 GIUSEPPE BIANCHI

Indirizzo (Comune, via e numero) ROMA (ROMA) - Via AOSTA 23

Luogo e data di nascita ROMA - 01/01/1980

Codice fiscale BNC6PP80A01H501E

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 \_\_\_\_\_