Via Alfred Ammon Str. 18
I-39042 Brixen / Bressanone
T. +39 0472 836 277 - F. +39 0472 831 210

info@nordautoservice.it
www.nordautoservice.it
Mwst/P. Iva 02738820212

NORDAUTO SERVICE GMBH/SRL

# 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 ☐ 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)
Nome
Codice Fiscale / Partita IVA
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
C.A.P. Stato
N. Tel. o E-mail

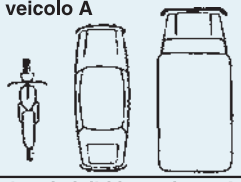
**7. veicolo**

| 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

## 12. circostanze dell'incidente

**Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione**
(cancellare l'opzione non corretta)

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

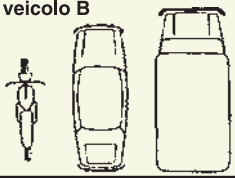
**7. veicolo**

| 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 B**



**11. danni visibili al veicolo B**

**14. osservazioni**

B

**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 ➧

# 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** _____

**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 _____