

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 (art. 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche)

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: 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 *

6. contraente/assicurato **veicolo A**
Cognome (stampatello) ROSSI
Nome MARIO
Codice Fiscale / Partita IVA MAARD123CFB456E
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) VIA LEOPARDI, 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)

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
14. osservazioni
15. firma dei conducenti

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 <input checked="" type="checkbox"/>
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

* 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 (art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.)

C'è stato intervento dell'Autorità? si no X
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 _____