

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui all'art. 148, comma 1, D.Lgs. n. 209 del 2005 e all'art. 8, comma 2, lettera c), D.P.R. n. 254 del 2006.

1. data incidente		ora	2. luogo (comune, provincia, via e numero)		3. feriti anche se lievi NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> *			
4. danni materiali veicoli oltre A o B NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> *			oggetti diversi dai veicoli NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> *			5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)		
veicolo A			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 _____			12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)			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			7. veicolo					
A MOTORE		RIMORCHIO	A MOTORE		RIMORCHIO			
Marca, Tipo		N. di targa o telaio	Marca, Tipo		N. di targa o telaio			
N. di targa o telaio			N. di targa o telaio					
Stato d'immatricolazione		Stato d'immatricolazione	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 <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>			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 <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>					
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 _____			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			10. indicare con una freccia (↗) il punto d'urto iniziale del veicolo B					
11. danni visibili al veicolo A			11. danni visibili al veicolo B					
14. osservazioni			14. osservazioni					
15. firma dei conducenti			15. firma dei conducenti					

\* 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. 135 D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'ISVAP per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore della assicurazione R.C. Auto

C'è stato intervento dell'Autorità   **Sì** ☐   **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      **Sì** ☐      **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      **Sì** ☐      **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      **Sì** ☐      **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      **Sì** ☐      **NO** ☐

Nome Pronto Soccorso \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_