



## EmmePi Infortunistica Stradale di Massimiliano Pironaci

📍 Viale Europa, 88 - Satriano (CZ) 88060

☎ 0967 21603

📱 320 9704597

✉ info@mpinfortunisticastradale.com

💻 mpinfortunisticastradale.com

# CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE

## DENUNCIA DI SINISTRO

### MODULO CID - CAI



## IN CASO DI INCIDENTE

- Compila il modulo in tutte le sue parti e con i dati di entrambi i proprietari e conducenti, delle polizze e dei veicoli coinvolti, descrivendo in modo chiaro le circostanze dell'incidente;
- Ogni conducente deve trattenerne due copie del modulo;
- Tutte le copie devono essere identiche e non devono essere effettuate correzioni dopo la compilazione;

## ISTRUZIONI PER L'IMPIEGO DEL MODULO

- 1.** Il presente modulo deve, a norma dell'art. 143 del D. Lgs 7 settembre 2005, n. 209, Codice delle assicurazioni private, essere utilizzato per denunciare il sinistro in caso di scontro con un altro veicolo a motore.
- 2.** Il presente modulo può anche essere utilizzato per assolvere alle formalità previste dagli articoli 148 e 149 del Codice delle assicurazioni private citato al n. 1: a tal fine è sufficiente che copia di esso venga allegata alla richiesta di risarcimento danni che sarà presentata all'assicuratore del responsabile o al proprio assicuratore qualora ricoprano i presupposti per l'applicazione della procedura del risarcimento diretto di cui allo stesso art. 149 del Codice delle assicurazioni private e al D.P.R. 256/2006.
- 3.** Utilizzare un solo modulo per entrambi i veicoli coinvolti nel sinistro (oppure due moduli per il caso che nel sinistro siano coinvolti tre veicoli, e così via). Il modulo può essere fornita una qualsiasi delle parti. Se il modulo è sottoscritto anche dall'altro conducente esso vale come constatazione amichevole di incidente e produce gli effetti di cui all'art. 148, primo comma, del Codice delle assicurazioni private e all'art. 8, secondo comma, lettera c. del D.P.R. 256/2006.
- 4.** Nel compilare il modulo è necessario ricordarsi:  
Di servirsi per rispondere alle domande:
  - a. n.6 e 8 del questionario, dei documenti di assicurazione (Certificato o Carta Verde);
  - b. n. 9 del questionario, della propria patente di guida;
  - c. Al n.10, di indicare con precisione sulla sagoma del veicolo ivi riprodotta il punto d'urto iniziale;
  - d. Al n.12 di apporre una croce (X) nelle sole caselle nelle quali sono indicate le circostanze dell'incidente e di indicare il numero totale delle caselle così segnate;
  - e. Al n. 13 di redigere un grafico del sinistro;
- 5.** Nel caso in cui il conducente dell'altro veicolo non accetti di sottoscrivere anch'egli il modulo, si dovrà compilare integralmente il modulo stesso per la parte relativa al proprio veicolo, mentre per la parte relativa al veicolo di controparte sarà sufficiente rispondere alla domanda n. 7 ed indicare al n.8 la denominazione della Compagnia di assicurazione. Ove possibile rispondere anche alle altre domande.
- 6.** Completare le informazioni di cui ha bisogno l'assicuratore compilando il modulo anche sul retro ed il foglio altre informazioni.
- 7.** Se l'altro conducente è in possesso di un altro modulo redatto in lingua diversa, potrà essere utilizzato, purché conforme al presente.

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(art. 143 D. Lgs. n. 209 del 2005)  
"Codice delle assicurazioni private"

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

<b>1. data incidente</b>	ora _____	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)	<b>3. feriti anche se lievi</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		<b>5. testimoni:</b> 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 \_\_\_\_\_

**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
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

← 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) \_\_\_\_\_

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**

**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

**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**

**15. firma dei conducenti**

A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_

**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 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 dell'assicurazione R.C. Auto.

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 \_\_\_\_\_

## DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS.	W.UU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no	
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÉ						
TESTIMONI	NOMINATIVO					INDIRIZZO					N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO ASSIC.		
	1													si	no
	2													si	no
	3													si	no
PERSONE	COGNOME E NOME			NATURA DELLE LESIONI			INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO ASSIC.			
												si	no		
												si	no		
DANNI A TERZI COSE O ANIMALI	VEICOLO		PROPRIETARIO DEL VEICOLO												
	TIPO	TARGA	COGNOME E NOME				INDIRIZZO				N. TELEF.				
	1														
	2														
3															

Descrizione del sinistro

L'Assicurato ha sofferto danni materiali? \_\_\_\_\_ Lesioni? \_\_\_\_\_ Intende chiedere risarcimento alla controparte? \_\_\_\_\_

Data della denuncia \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato o del Conducente \_\_\_\_\_