

# PER COMPILARE CORRETTAMENTE QUESTO MODULO

Zurich Insurance Company S.A.  
Rappresentanza Generale per l'Italia

Per compilare questo modulo è indispensabile avere a disposizione:

- il Codice Fiscale
- la Patente
- il Certificato di assicurazione.

Se si è all'estero o l'altro conducente è straniero, utilizzare anche la carta verde.

Rispondi Sì ai seguenti punti SOLO SE:

Vi sono feriti. **3**

**4** Veicoli: sono coinvolti più di due veicoli.  
Oggetti: sono stati danneggiati oggetti diversi dai veicoli, trasportati (ad esempio bagagli) e non (ad esempio vetrina, cancello, ecc.)

Riportare dal certificato di assicurazione e dal codice fiscale:

**6** Cognome, nome e codice fiscale del contraente della polizza

**7** Tipo veicolo (marca e modello) e numero di targa

**8** Compagnia di assicurazione/n. polizza/date di validità del certificato di assicurazione/numero di codice dell'agenzia/numero di codice del produttore

Per descrivere l'accaduto:

**10** Segnare il punto di primo impatto

**12** Da compilare sempre barrando le caselle corrispondenti. E' possibile dare più di una risposta.

**13** Disegnare i due mezzi al momento dell'impatto indicando con una freccia la direzione di marcia di ciascun veicolo e la segnaletica orizzontale (sull'asfalto) e verticale (cartelli e semafori)

**15** Firmare per esteso in modo leggibile

Altre informazioni

Inserire nella sezione Altre informazioni i dati di eventuali testimoni e/o feriti e del proprietario del veicolo se è diverso dal contraente della polizza.

## CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE FAC-SIMILE

CONTRAENTE					
DOMICILIO					
TIPO VEICOLO					
SOC.	AGENZIA	RAMO	N. POLIZZA	PROD.	TARGA VEICOLO O DATI NATANTE
PERIODO DI ASSICURAZIONE PER IL QUALE È STATO PAGATO IL PREMIO					
DALLE ORE DEL		ALLE ORE DEL		Salvo il disposto dell'art. 1901 secondo comma Codice Civile in quanto applicabile	

**Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro** (art. 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 30 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. 30 del 1977 e successive modifiche.

1. data incidente: \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ 2. luogo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

3. feriti anche se lievi  sì  no

4. danni materiali veicoli oltre A o B  sì  no 5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (questi dati sono a disposizione del veicolo A e B)

6. contraente/assicurato (veicolo A) **veicolo A**

6. contraente/assicurato (veicolo B) **veicolo B**

7. veicolo (veicolo A) **veicolo A**

7. veicolo (veicolo B) **veicolo B**

8. compagnia d'assicurazione (veicolo A) **veicolo A**

8. compagnia d'assicurazione (veicolo B) **veicolo B**

9. conducente (veicolo A) **veicolo A**

9. conducente (veicolo B) **veicolo B**

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

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

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto

14. osservazioni

15. firma dei conducenti

15. osservazioni

Altre informazioni: C'è stato intervento dell'Autorità?  sì  no

TARGA \_\_\_\_\_

Testimone: Nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Testimone: Nome e cognome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Proprietario (solo se diverso): Nome e cognome o Denominazione \_\_\_\_\_ Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Ferito (Barare solo una casella):  sì  no

Conducente:  sì  no

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 (Barare solo una casella):  sì  no

Conducente:  sì  no

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_ Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Ricovero Pronto Soccorso:  sì  no

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

# Constatazione amichevole di incidente automobilistico Denuncia di sinistro

In caso di sinistro utilizzare sempre questo modulo

- Leggere le istruzioni riportate nell'ultima pagina.
- Compilare il modulo in ogni sua parte con attenzione e in modo leggibile.
- Verificare che anche l'ultima copia sia chiaramente leggibile.
- Trattenere 2 copie del modulo.
- Se viene firmato anche dal conducente dell'altro veicolo consente di essere liquidati direttamente dalla propria Compagnia in tempi più rapidi. Ciascuno dei due conducenti dovrà consegnare immediatamente al proprio intermediario assicurativo una copia del modulo sottoscritto.
- Nel caso in cui il conducente dell'altro veicolo non accetti di firmare, compilare comunque il modulo e consegnarlo alla propria agenzia per denunciare il sinistro (obbligo sancito anche dall'art. 1913 del Codice civile). Questo consente alla Compagnia di tutelare l'assicurato da possibili richieste di risarcimento illegittime che potrebbero essere avanzate successivamente dal conducente dell'altro veicolo. È fondamentale pertanto consegnare immediatamente il modulo anche se si ritiene di non avere alcuna responsabilità.

**ISTRUZIONI PER L'IMPIEGO DEL MODULO  
DI «CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE - DENUNCIA DI SINISTRO»**

---

1. Il presente modulo deve, a norma dell'art. 5 (\*) del decreto-legge 23 dicembre 1976, n. 857, convertito, con modificazioni, nella legge 26 febbraio 1977, n. 39 e successive modifiche, essere utilizzato per denunciare il sinistro al proprio assicuratore nel caso di scontro con altro veicolo a motore.
2. Il presente modulo può anche essere utilizzato per assolvere alle formalità previste dall'art. 3 (\*\*) del decreto legge citato al n. 1: a tal fine è sufficiente che copia di esso venga allegata alla richiesta di risarcimento che sarà presentata all'assicuratore del responsabile.
3. Utilizzare un solo modulo per entrambi i veicoli coinvolti nel sinistro (oppure 2 moduli per il caso che nel sinistro siano coinvolti 3 veicoli, e così via). Il modulo può essere fornito da 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 agli articoli 3, primo comma, ultimo periodo, e 5, secondo comma, del decreto legge citato al n. 1.
4. Nel compilare il modulo ricordare:
  - 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;
  - al n. 10, di indicare con precisione sulla sagoma del veicolo ivi riprodotta il punto di urto iniziale;
  - 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;
  - 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 (veicolo A), mentre per la parte relativa al veicolo della controparte (veicolo B) 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 modulo redatto in lingua diversa, potrà essere utilizzato anche detto modulo, purchè conforme al presente.

---

(\*) Art. 5 del decreto-legge 23 dicembre 1976, n. 857, convertito, con modificazioni, nella legge 26 febbraio 1977, n. 39 e successive modifiche.

«Nel caso di scontro tra veicoli a motore per i quali vi sia l'obbligo di assicurazione i conducenti dei veicoli coinvolti nel sinistro sono tenuti a denunciare il sinistro avvalendosi del modulo fornito dall'impresa, il cui modello è approvato con decreto del Ministro per l'Industria, il commercio e l'artigianato, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

Quando il modulo sia firmato congiuntamente da entrambi i conducenti coinvolti nel sinistro si presume, salvo prova contraria da parte dell'assicuratore, che il sinistro si sia verificato nelle circostanze, con le modalità e con le conseguenze risultanti dal modulo stesso».

(\*\*) Art. 3 del decreto-legge 23 dicembre 1976, n. 857, convertito, con modificazioni, nella legge 26 febbraio 1977, n. 39 e successive modifiche.

«Per i sinistri con soli danni a cose la richiesta di risarcimento, presentata secondo le modalità indicate nell'art. 22 della legge 24 dicembre 1969, n. 990, e successive modificazioni, deve essere corredata dalla denuncia secondo il modulo di cui all'articolo 5 del presente decreto-legge e recare l'indicazione del luogo, dei giorni e delle ore in cui le cose danneggiate sono disponibili per l'ispezione diretta ad accertare l'entità del danno. Entro sessanta giorni dalla ricezione di tale documentazione, l'assicuratore formula al danneggiato congrua offerta per il risarcimento ovvero comunica i motivi per i quali non ritiene di fare offerta. Il termine di sessanta giorni è ridotto a trenta quando il modulo di denuncia sia stato sottoscritto dai conducenti coinvolti nel sinistro.

L'obbligo di proporre al danneggiato congrua offerta per il risarcimento del danno, ovvero di comunicare i motivi per cui non si ritiene di fare offerta, sussiste anche per i sinistri che abbiano causato lesioni personali o il decesso. La richiesta di risarcimento deve essere presentata dal danneggiato o dagli aventi diritto con le modalità indicate al primo comma. La richiesta deve contenere la descrizione delle circostanze nelle quali si è verificato il sinistro ed essere accompagnata, ai fini dell'accertamento e della valutazione del danno da parte dell'impresa, dei dati relativi all'età, all'attività del danneggiato, al suo reddito, all'entità delle lesioni subite, da attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti o, in caso di decesso dal certificato di morte. L'assicuratore è tenuto a provvedere all'adempimento del predetto obbligo entro novanta giorni dalla ricezione di tale documentazione».

# Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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.

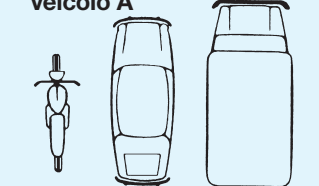
(art. 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977)

<b>1. data incidente</b> _____ ora _____	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero) _____	<b>3. feriti anche se lievi</b> <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	<b>5. testimoni:</b> cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) _____	

### veicolo A

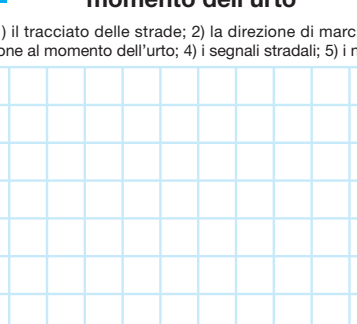
**6. contraente/assicurato**  
*(vedere certificato d'assicurazione)*  
Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_  
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_  
**7. veicolo**

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 Zurich Insurance Company S.A.  
**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 \_\_\_\_\_  
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)

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 ➡

**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  
**15. firma dei conducenti**  
A B

### veicolo B

**6. contraente/assicurato**  
*(vedere certificato d'assicurazione)*  
Cognome \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_  
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

\* 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 provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

C'è stato intervento dell'Autorità?  si  no  
Quale Autorità è intervenuta?  CC  P.S.  V.U.U.

### 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	P.S.	VV.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 \_\_\_\_\_