

CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE AUTOMOBILISTICO

DENUNCIA SINISTRO

Consigli utili per gestire in modo corretto l'incidente:



Compila il modulo **CAI** seguendo la **guida allegata** per abbreviare il più possibile le tempistiche di **rimborso**



Firma il modulo **CAI** e fai firmare l'**altro conducente**, in caso di disaccordo sottoscrivi comunque la tua versione



Segnala la presenza di **testimoni** e l'eventuale intervento delle **autorità**



Prima di spostare il veicolo, **scatta fotografie** che possano aiutare a comprendere la **dinamica dell'incidente**



Trattieni **due copie** del modulo **CAI** compilato e ricorda di **denunciare subito** l'incidente al tuo **intermediario di fiducia**

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.

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 **HELVETIA**
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

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 (B) il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. danni visibili al 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 (B) il punto d'urto iniziale del veicolo B

11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

15. firma dei conducenti

A _____ B _____

14. osservazioni

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'Ivass 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.** **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 _____

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO CAI

Una corretta compilazione del modulo CAI prevede la raccolta dei seguenti **dati essenziali**:

1 Data e luogo del sinistro; altri veicoli coinvolti (casella sez. 4)

2 I tuoi dati e quelli del tuo veicolo, in particolare: targa, nome esatto assicurazione, dati polizza e patente di guida

3 I dati personali e del veicolo della controparte, in particolare: targa del veicolo di controparte e nome esatto dell'assicurazione

4 Le circostanze dell'incidente per ognuno dei due veicoli. Da inserire barrando le rispettive caselle.

5 Rappresentazione grafica della dinamica dell'incidente

6 La tua firma e, possibilmente, la firma della controparte

Ogni ulteriore informazione renderà più brevi le tempistiche di rimborso.

Utilizza **un solo modulo** per entrambi i veicoli coinvolti, non è rilevante da quale delle parti venga fornito. Compila la **seconda pagina** solo nel **caso** siano presenti feriti, testimoni o siano intervenute le autorità.

Se il numero di **veicoli coinvolti** è **maggiore di due** rivolgiti al tuo intermediario di fiducia o chiama il **nostro servizio assistenza sinistri**, inoltre, ricorda di **barrare la casella indicata al punto 1**

Consegna sempre una copia del modulo alla tua Agenzia.

(è fondamentale conoscere la tua versione dei fatti, anche se ritieni di non avere responsabilità)

In caso di incidente con **ragione**, se la tua CAI è stata **firmata da entrambe le parti** o se il danno è coperto da **garanzie aggiuntive**, puoi usufruire del servizio di **Carrozzerie Convenzionate** con una serie di **benefici**:

- ✓ **Pagamento diretto** della Compagnia alla Carrozzeria, senza nessun anticipo di denaro e zero costi a tuo carico
- ✓ **Eliminazione franchigie/scoperti** eventualmente previsti nella tua polizza
- ✓ **Riparazione certificata** e utilizzo di **pezzi di ricambio originali** garantiti **2 anni**
- ✓ **Auto di cortesia**, senza deposito con carta di credito, in base a disponibilità ed esigenze
- ✓ Eventuali **servizi premium** (es. lavaggio esterno e pulitura degli interni, controllo livelli liquidi e fornitura liquido tergicristalli, accettazione prioritaria, ...)

Il network di carrozzerie convenzionate si estende su tutto il territorio nazionale.

Cerca la carrozzeria a te più vicina su www.helvetia.it

