

**CONSTATAZIONE AMICHEVOLE  
DI INCIDENTE AUTOMOBILISTICO**

Ci contatti subito al

**800.19.69.58**

per la compilazione del modulo  
e l'individuazione  
della carrozzeria più vicina

La preghiamo di compilare il modulo  
in modo leggibile ed in stampatello

**NOBIS**  
ASSICURAZIONI

# 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 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"/> si <input type="checkbox"/> *
4. danni materiali veicoli oltre A o B no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		oggetti diversi dai veicoli no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *	
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 Amissima Assicurazioni S.p.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 (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)*

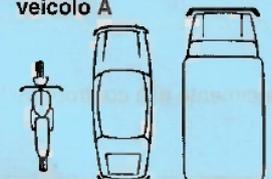
Denominazione \_\_\_\_\_  
N. di polizza \_\_\_\_\_  
N. di Carta Verde \_\_\_\_\_  
Certificato di assicurazione o Carta Verde  
Valido dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Agenzia (o ufficio o intermediario) \_\_\_\_\_  
Denominazione \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_  
N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

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



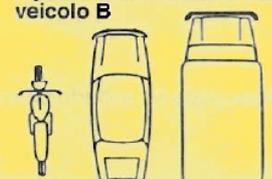
11. danni visibili al veicolo A

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



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

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

# Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private"

C'è stato intervento dell'Autorità?  **si**  **no**

Quale Autorità è intervenuta? **CC**  **P.S.**  **VV.UU.**

veicolo <b>A</b>	
TARGA	_____
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome	_____
Codice fiscale	_____
Indirizzo	_____
	Tel. _____
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome	_____
Codice fiscale	_____
Indirizzo	_____
	Tel. _____
<b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>	
Nome e cognome o Denominazione sociale	_____
Indirizzo (Comune, via e numero)	_____
C.A.P.	_____
Provincia	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice fiscale/Partita IVA	_____
<b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/>	Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome	_____
Indirizzo (Comune, via e numero)	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Ricovero Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b>
Nome Pronto Soccorso	_____
Comune	_____
<b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/>	Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome	_____
Indirizzo (Comune, via e numero)	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Ricovero Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b>
Nome Pronto Soccorso	_____
Comune	_____

veicolo <b>B</b>	
TARGA	_____
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome	_____
Codice fiscale	_____
Indirizzo	_____
	Tel. _____
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome	_____
Codice fiscale	_____
Indirizzo	_____
	Tel. _____
<b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>	
Nome e cognome o Denominazione sociale	_____
Indirizzo (Comune, via e numero)	_____
C.A.P.	_____
Provincia	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice fiscale/Partita IVA	_____
<b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/>	Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome	_____
Indirizzo (Comune, via e numero)	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Ricovero Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b>
Nome Pronto Soccorso	_____
Comune	_____
<b>Ferito</b> (Barrare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/>	Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>
Nome e cognome	_____
Indirizzo (Comune, via e numero)	_____
Luogo e data di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Ricovero Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b>
Nome Pronto Soccorso	_____
Comune	_____

## ISTRUZIONI PER L'IMPIEGO DEL MODULO

---

1. Il presente modulo deve, a norma dell'art. 143 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, Codice delle assicurazioni private, 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 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 che sarà presentata all'assicuratore del responsabile ovvero al proprio assicuratore qualora ricorrano i presupposti per l'applicazione della procedura di risarcimento diretto di cui allo stesso art. 149 del Codice delle assicurazioni private e al D.P.R. n. 254 del 2006.
  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 all'art. 148, primo comma, del Codice delle assicurazioni private e all'art. 8, secondo comma, lettera c), del D.P.R. n. 254 del 2006.
  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, purché conforme al presente.
-

## CONSIGLI UTILI

- Mantenga la calma e sia cortese
- Scatti delle foto dei veicoli coinvolti e dei danni causati, saranno utili nella gestione della pratica
- Per la denuncia del sinistro invii, cortesemente, la documentazione servendosi dei seguenti recapiti:
  - **email: [sinistrirca@nobis.it](mailto:sinistrirca@nobis.it)**
  - **fax: 039 6890794**
- Indichi, sempre, un numero di telefono al quale poterla contattare in caso di necessità

## LA PREGHIAMO DI COMPILARE IL MODULO IN TUTTI I CAMPI SENZA MAI DIMENTICARE I SEGUENTI

- Data del sinistro
- Generalità delle parti (conducente e/o assicurato)
- Targhe dei veicoli coinvolti
- Denominazione delle imprese assicuratrici
- Descrizione o rappresentazione grafica del sinistro
- Generalità di eventuali testimoni
- Indicazione delle eventuali autorità intervenute
- Firme