

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 16/07/2024 ora 9:15 2. luogo (comune, provincia, via e numero) PATRICA (FR) KM 8.200 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) REMSAL
Nome REMSAL
Codice Fiscale / Partita IVA _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) VIA FERUCCIA 121B
C.A.P. 03010 Stato _____
N. Tel. o E-mail 0775 830816

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo <u>FIAT DOBLO</u>	
N. di targa o telaio <u>CF843NR</u>	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione UNI POL SAI
N. di polizza 1139114/30/164415444
N. di Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde valido dal 27-11-2023 al 27-11-2024
Agenzia (o ufficio o intermediario) 39HH
Denominazione _____
Indirizzo VIA MASTROIANNI 18
03100 - TROSINALE 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) CAMPOLI
Nome CARMINE
Data di nascita 12-06-2000
Codice Fiscale _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) VIA S. CRI STOFORO 234
03029 - VEROLI Stato _____
N. Tel. o E-mail _____
Patente N. FR5360220 N
Categ. (A, B, ...) B valida fino al 12-6-2029

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

<input type="checkbox"/>	1	in fermata / in sosta
<input checked="" type="checkbox"/>	2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera
<input type="checkbox"/>	3	stava parcheggiando
<input type="checkbox"/>	4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale
<input type="checkbox"/>	5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale
<input type="checkbox"/>	6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio
<input type="checkbox"/>	7	circolava su una piazza a senso rotatorio
<input type="checkbox"/>	8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila
<input type="checkbox"/>	9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa
<input type="checkbox"/>	10	cambiava fila
<input type="checkbox"/>	11	sorpassava
<input type="checkbox"/>	12	girava a destra
<input type="checkbox"/>	13	girava a sinistra
<input type="checkbox"/>	14	retrocedeva
<input type="checkbox"/>	15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso
<input type="checkbox"/>	16	proveniva da destra
<input type="checkbox"/>	17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso

← 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) DRIVALIA SPA
Nome _____
Codice Fiscale / Partita IVA _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) C.SO ORBASSANO 36F
C.A.P. 10137 Stato _____
N. Tel. o E-mail _____

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, Tipo <u>ALFA ROMEO STELVIS</u>	
N. di targa o telaio <u>9J952PX</u>	N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____

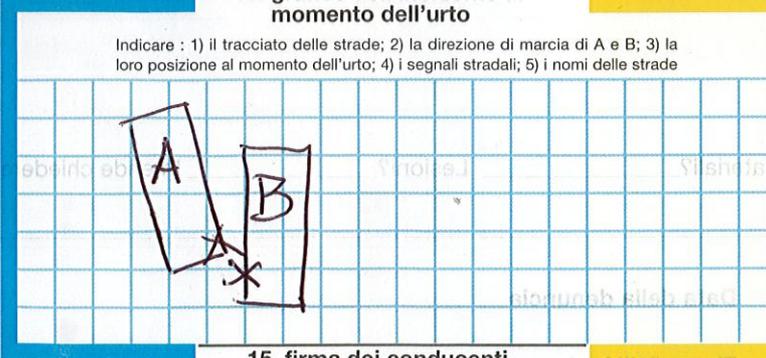
8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione REALE MUTUA
N. di polizza _____
N. di Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde valido dal _____ al _____
Agenzia (o ufficio o intermediario) Z98
Denominazione REALE MUTUA
Indirizzo _____
Stato _____
N. Tel. o E-mail _____
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no si

9. conducente (vedere patente di guida)
Cognome (stampatello) OLCINI
Nome CESARE
Data di nascita 21-12-1969
Codice Fiscale _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) VIA G. MATTEOTTI 126/D
03023 CECCANO Stato _____
N. Tel. o E-mail _____
Patente N. UAB239HH3K
Categ. (A, B, ...) B valida fino al 21-12-2028

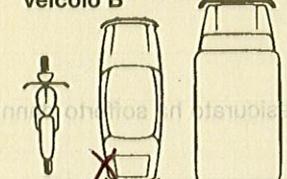
10. indicare con una freccia (⇒) il punto d'urto iniziale del veicolo A



11. danni visibili al veicolo A
N/A



10. indicare con una freccia (⇒) il punto d'urto iniziale del veicolo B



11. danni visibili al veicolo B
PARAFANGO POSTERIORE SINISTRO

14. osservazioni

15. firma dei conducenti

A Carmine Campoli B Cesare Olcini

* 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. Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'articolo 135 del D.lgs. 7 settembre 2005, n.209 – Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

C'è stato intervento dell'Autorità?

si **no**

Quale Autorità è intervenuta?

CC **P.S.** **VV.UU.**

veicolo A

TARGA

6

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