

PER COMPILARE CORRETTAMENTE IL MODULO

Per la compilazione 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.

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

Cognome, nome e codice fiscale del contraente della polizza.

Tipo veicolo (marca e modello) e numero di targa.

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:

Segnare il punto di primo impatto. Da compilare sempre barrando le caselle corrispondenti. È possibile dare più di una risposta.

Per descrivere l'accaduto:

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 o semafori).

Firmare per esteso in modo leggibile

IMPORTANTE: se la versione della Controparte non corrisponde alla Vostra, NON apponete alcuna firma.

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.

1 3. feriti anche se lievi

2 4. danni materiali

3 6. contraente/assicurato

4 7. veicolo

5 8. compagnia d'assicurazione

6 9. conducente

7 12. circostanze dell'incidente

8 10. indicare con una freccia

9 11. danni visibili al veicolo A

10 15. firma dei conducenti

Altre informazioni

C'è stato intervento dell'Autorità? sì no

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 sì 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 sì no

Nome Pronto Soccorso _____
Comune _____