



CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE AUTOMOBILISTICO

IN CASO DI INCIDENTE

1 Compila sempre il modulo Constatazione Amichevole di Incidente.
In caso di incidente con ragione potrai essere risarcito direttamente da AXA in tempi brevi.

2 Compilalo in ogni sua parte.
È importante indicare:

- data, ora e luogo dell'incidente;
- targa e compagnia di assicurazione dei veicoli coinvolti;
- circostanza dell'incidente;
- firma di entrambi i conducenti;
- **i dati anagrafici di eventuali testimoni.**

3 Apri il tuo sinistro.
Puoi aprire il tuo sinistro tramite:

- la tua Agenzia
- l'Area Clienti su axa.it o tramite App My AXA
- Il numero verde 800 085 559

Inoltre, puoi inviare una foto del modulo già compilato tramite l'App My AXA o via e-mail alla tua Agenzia di riferimento.

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 ricorrono 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, per rispondere alle domande del questionario, ricordare di servirsi:
 - dei documenti di assicurazione (Certificato o Carta verde) per la n. 6 e la n. 8 del questionario;
 - della propria patente di guida, per la n. 9 del questionario;Per le altre domande del questionario:
 - alla n. 10, indicare con precisione sulla sagoma del veicolo presente sul modulo, il punto di urto iniziale;
 - alla n. 12, 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;
 - alla n. 13, 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 alla domanda 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 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.

NUMERI UTILI

Servizio Clienti
800 085 559
lun-ven:
9:00-19:00

Se hai la Garanzia Assistenza Stradale
800.271.343
(dall'estero +39 06 42 11 55 05)
Tutti i giorni 24h



COME COMPILEARE IL MODULO IN CASO DI INCIDENTE

**Scrivere data, ora e luogo dell'incidente
barrare **SI** se ci sono feriti e indicare eventuali testimoni**

Barrare **SI solo se sono coinvolti nell'incidente
più di due veicoli o oggetti diversi dai veicoli
(ad esempio bagagli, cancellate.)**

**Inserire qui i propri dati personali, i dati del veicolo
e i dati della polizza assicurativa.**

ATTENZIONE! Inserire sempre il numero di targa

Indicare come è avvenuto l'incidente, barrando una sola casella per il Veicolo A e una per il Veicolo B

Inserire i dati del conducente del veicolo

Indicare il punto di primo impatto

**Disegnare la posizione dei mezzi al momento dell'impatto
e l'eventuale segnaletica (righe di mezzeria, stop, ecc...)**

Descrivere la dinamica dell'incidente

Firmare per esteso con nome e cognome

Annotare i dati anagrafi di eventuali testimoni, feriti o quelli dei proprietari dei veicoli coinvolti se l'assicurato e contraente della polizza RC auto non coincidano

COME COMPILEARE IL MODULO IN CASO DI INCIDENTE

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro
(art. 143 D.Lgs. n. 209 del 2005) (Codice delle assicurazioni private)

veicolo A

1. data incidente **ora** 2. luogo **comune, provincia, via e numero** 3. feriti anche se lievi **si** **no**

4. danni materiali **veicoli oltre A o B** **oggetti diversi dai veicoli** 5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (seguono le rime di trasporti sul veicolo A o B)

6. contraente/assicurato **Cognome (stampa/scrivo)** **Nome** **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 telero** **N. di targa o telero**
Stato d'immatricolazione **Stato d'immatricolazione**

8. compagnia d'assicurazione **Denominazione** **N. di polizza** **N. di Carta Verde** **Certificato di assicurazione o Carta Verde**
Valido dal **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. contraente **Cognome** **Nome** **Data di nascita** **Codice Fiscale** **Indirizzo (comune, provincia, via e numero)**
Patente N. **Categoria** **validità fino al**

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

11. danni visibili al veicolo A

12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione concisa: l'opzione non coincide
1. in fiamme / in scatola **no** **si**
2. riporta dopo una sosta aperte una portiera **no** **si**
3. viene percepito **no** **si**
4. uscita da un parcheggio, da un luogo protetto, da un posto di servizio o un luogo privato **no** **si**
5. entra in un parcheggio, in un luogo protetto, in uno studio medico **no** **si**
6. si immobilizza in una piazza a senso unidirezionale **no** **si**
7. circolazione su una piazza a senso rotatorio **no** **si**
8. tamponamento precedendo nella stessa senna, ma in una senna diversa **no** **si**
9. procedere nello stesso senso, ma in una senna diversa **no** **si**
10. cambia strada **no** **si**
11. sorpassa **no** **si**
12. gira a destra **no** **si**
13. gira a sinistra **no** **si**
14. retrocede **no** **si**
15. invadere la sede stradale riservata alla circolazione in senso opposto **no** **si**
16. proviene da destra **no** **si**
17. non aveva osservato il segnale di precedenza o il semaforo rosso **no** **si**

13. grafico dell'incidente al momento dell'urto
Indicare 1) l'incidente, 2) i veicoli di marcia di A e B; 3) le loro posizioni al momento dell'urto; 4) i segnali stradali; 5) i nomi delle strade

14. osservazioni **A** **B**

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

16. indicare il numero di caselle barrate con una croce

Il presente documento non costituisce un atto amministrativo di responsabilità penale, una mera constatazione di fatto. L'assicurato non deve essere considerato responsabile per una reato definito.

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

18. veicolo B

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

20. osservazioni

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.** **V.V.U.**

veicolo A **veicolo B**

TARGA **TARGA**

Testimone **Testimone**
Nome e cognome _____
Codice fiscale _____
Indirizzo _____ Tel. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Accusato)
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 (danner esto 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 (danner esto 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 _____

CONSIGLI UTILI

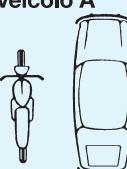
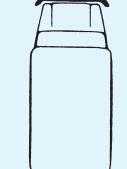
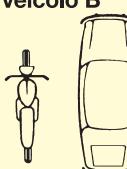
- Se lo ritieni opportuno, scatta delle foto dei veicoli coinvolti e dei danni causati, saranno utili nella gestione della pratica
- Puoi aprire il tuo sinistro e allegare foto e documenti tramite:
 - email alla tua **Agenzia** di riferimento
 - l'**Area Clienti** su **axa.it** o tramite **App My AXA**
 - Il numero verde **800 085 559**

PER SUPPORTO CHIAMA IL N. 800 085 559

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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.

(art. 143 D. Lgs. n. 209 del 2005)
"Codice delle assicurazioni private")

1. data incidente	ora	2. luogo (comune, provincia, via e numero)	3. feriti anche se lievi <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	
veicolo A		veicolo B	
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)		6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)	
Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale/Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		Cognome (stampatello) _____ Nome _____ Codice Fiscale/Partita IVA _____ Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____	
C.A.P. _____ Stato _____ N. Tel. o E-mail _____		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 _____		N. di targa o telaio _____
Stato d'immatricolazione _____	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: <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> 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 _____			
← 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.			
13. grafico dell'incidente al momento dell'urto			
<p>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</p> 			
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	
14. osservazioni		15. firma dei conducenti	
A		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. 135 D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'Isvap per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione R.C. Auto.

C'è stato intervento dell'Autorità? si no

no

Quale Autorità è intervenuta? cc P.S. VV.UU.

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 _____

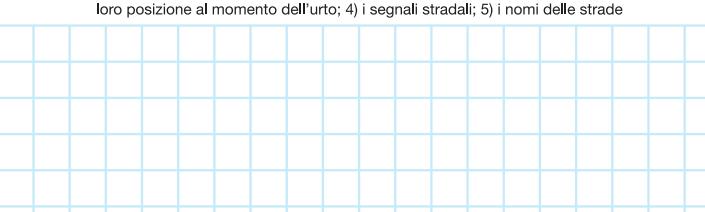
Ricovero Pronto Soccorso si no

Nome Pronto Soccorso _____
Comune _____

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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
4. danni materiali veicoli oltre A o B		oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si * <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si *	
veicolo A			
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)			
Cognome (stampatello) _____		A	
Nome _____		<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale/Partita IVA _____		<input type="checkbox"/>	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		<input type="checkbox"/>	
C.A.P. _____ Stato _____		<input type="checkbox"/>	
N. Tel. o E-mail _____		<input type="checkbox"/>	
7. veicolo			
A MOTORE		RIMORCHIO	
Marca, Tipo _____		<input type="checkbox"/>	
N. di targa o telaio _____		<input type="checkbox"/>	
Stato d'immatricolazione _____		<input type="checkbox"/>	
8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)			
Denominazione _____		<input type="checkbox"/>	
N. di polizza _____		<input type="checkbox"/>	
N. di Carta Verde _____		<input type="checkbox"/>	
Certificato di assicurazione o Carta Verde		<input type="checkbox"/>	
Valido dal _____ al _____		<input type="checkbox"/>	
Agenzia (o ufficio o intermediario) _____		<input type="checkbox"/>	
Denominazione _____		<input type="checkbox"/>	
Indirizzo _____ Stato _____		<input type="checkbox"/>	
N. Tel. o E-mail _____		<input type="checkbox"/>	
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>			
9. conducente (Vedere patente di guida)			
Cognome (stampatello) _____		<input type="checkbox"/>	
Nome _____		<input type="checkbox"/>	
Data di nascita _____		<input type="checkbox"/>	
Codice Fiscale _____		<input type="checkbox"/>	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		<input type="checkbox"/>	
Stato _____		<input type="checkbox"/>	
N. Tel. o E-mail _____		<input type="checkbox"/>	
Patente N. _____		<input type="checkbox"/>	
Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____		<input type="checkbox"/>	
10. indicare con una freccia (↗) il punto d'urto iniziale del veicolo A			
  			
11. danni visibili al veicolo A			
14. osservazioni			
15. firma dei conducenti			
A		B	
16. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)			
1 in fermata / in sosta		<input 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		<input type="checkbox"/>	
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.			
13. grafico dell'incidente al momento dell'urto			
<p>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</p> 			
10. indicare con una freccia (↗) il punto d'urto iniziale del veicolo B			
  			
11. danni visibili al veicolo 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 e l'indirizzo dei danneggiati.

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

*Vedere a tergo le dichiara-
zioni dell'Assicurato.*

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'Isvap per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione R.C. Auto.

C'è stato intervento dell'Autorità? si no

no

Quale Autorità è intervenuta? cc P.S. VV.UU.

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 _____