



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: <ul style="list-style-type: none">• 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: <ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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;
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.	<p>Per le altre domande del questionario:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
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.	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.
4. Nel compilare il modulo, per rispondere alle domande del questionario, ricordare di servirsi:	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 COMPILARE 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 mezz'ora, stop, ecc...)

Descrivere la **dinamica dell'incidente**

Firmare per esteso con **nome e cognome**

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

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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

1. data incidente		2. luogo (comune, provincia, via e numero)		3. feriti anche se lievi	
4. danni materiali veicoli oltre A o B		oggetti diversi dai veicoli		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (prevedere se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)		7. veicolo		8. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)	
Cognome Nome Codice Fiscale / Partita IVA Indirizzo (comune, provincia, via e numero) C.A.P. Stato N. Tel. o E-mail		Cognome Nome Codice Fiscale / Partita IVA Indirizzo (comune, provincia, via e numero) C.A.P. Stato N. Tel. o E-mail		Cognome Nome Codice Fiscale / Partita IVA Indirizzo (comune, provincia, via e numero) C.A.P. Stato N. Tel. o E-mail	
9. conducente (vedere patente di guida)		10. conducente (vedere patente di guida)		11. conducente (vedere patente di guida)	
Cognome 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		Cognome 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		Cognome 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 (conservare l'apposizione non corretta)		13. grafico dell'incidente al momento dell'urto		14. osservazioni	
15. firma dei conducenti		16. firma dei conducenti		17. firma dei conducenti	

Altre informazioni

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

C'è stato intervento dell'Autorità? ☐ sì ☐ no

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

veicolo A		veicolo B	
TARGA		TARGA	
Testimone		Testimone	
Nome e cognome Codice fiscale Indirizzo Tel.		Nome e cognome Codice fiscale Indirizzo Tel.	
Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)		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		Nome e cognome o Denominazione sociale Indirizzo (Comune, via e numero) C.A.P. Provincia Luogo e data di nascita Codice fiscale/Partita IVA	
Fermo (Barrare solo una casella)		Fermo (Barrare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>		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		Nome e cognome Indirizzo (Comune, via e numero) Luogo e data di nascita Codice fiscale	
Ricevere Pronto Soccorso Nome Pronto Soccorso Comune		Ricevere Pronto Soccorso Nome Pronto Soccorso Comune	
Fermo (Barrare solo una casella)		Fermo (Barrare solo una casella)	
Conducente <input type="checkbox"/> Passeggero <input type="checkbox"/> Pedone <input type="checkbox"/>		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		Nome e cognome Indirizzo (Comune, via e numero) Luogo e data di nascita Codice fiscale	
Ricevere Pronto Soccorso Nome Pronto Soccorso Comune		Ricevere Pronto Soccorso Nome Pronto Soccorso Comune	

CONSIGLI UTILI

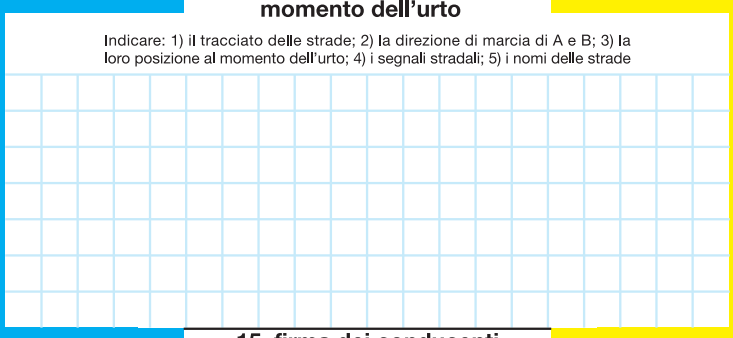
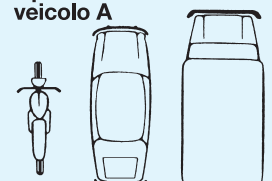
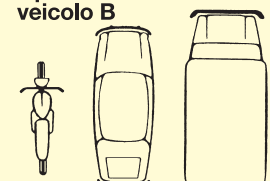
- Se lo ritieni opportuno, scatta delle foto dei veicoli coinvolti e dei danni causati, saranno utili nella gestione della pratica
- Puoi aprire il tuo sinistro e allegare foto e documenti tramite:
 - email alla tua **Agenzia** di riferimento
 - l'**Area Clienti** su **axa.it** o tramite **App My AXA**
 - 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 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		12. circostanze dell'incidente		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 _____		Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta) 1 in fermata / in sosta 2 ripartiva dopo una sosta apriva una portiera 3 stava parcheggiando 4 usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale 5 entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale 6 si immetteva in una piazza a senso rotatorio 7 circolava su una piazza a senso rotatorio 8 tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila 9 procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa 10 cambiava fila 11 sorpassava 12 girava a destra 13 girava a sinistra 14 retrocedeva 15 invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso 16 proveniva da destra 17 non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		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 _____ Stato d'immatricolazione _____				7. veicolo A MOTORE RIMORCHIO Marca, Tipo _____ N. di targa o telaio _____ 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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				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 <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
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 _____		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 		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 				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 _____		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 dichiarazioni dell'Assicurato. ➡

C'è stato intervento dell'Autorità?

si

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

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

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

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

Nome Pronto Soccorso

Comune

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

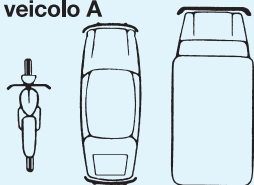
Se è firmato congiuntamente dai due conducenti, produce gli effetti di cui all'art. 148, comma 1, D. Lgs. n. 209 del 2005 e dell'art. 8, comma 2, lettera c), D.P.R. n. 254 del 2006.

(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 type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *		oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 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 _____	
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 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 _____	

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



11. danni visibili al veicolo A

14. osservazioni

12. circostanze dell'incidente	
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)	
1	in fermata / in sosta
2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera
3	stava parcheggiando
4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale
5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale
6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio
7	circolava su una piazza a senso rotatorio
8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila
9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa
10	cambiava fila
11	sorpassava
12	girava a destra
13	girava a sinistra
14	retrocedeva
15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso
16	proveniva da destra
17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso
← Indicare il numero di caselle barrate con una croce →	

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

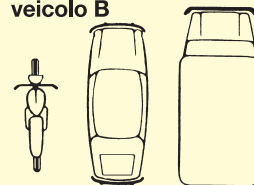
15. firma dei conducenti	
A	B

15. firma dei conducenti

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

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: <input type="checkbox"/> no <input 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 _____	

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.

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato. ➡

C'è stato intervento dell'Autorità?

si

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

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

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

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

Nome Pronto Soccorso

Comune