

CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE AUTOMOBILISTICO

IN CASO DI INCIDENTE

1 Utilizza sempre questo modulo.

In caso di incidente con ragione potrai essere risarcito direttamente da Quixa in tempi brevi

2 Compilalo in ogni sua parte.

È importante indicare:

- data 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 Chiamaci subito per aprire la pratica di sinistro.

Puoi inviarci la denuncia tramite QuixaAPP, semplicemente con una foto o via e-mail a infosinistri@axaglobaldirect.it.

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, purchè conforme al presente.

NUMERI UTILI

Servizio Clienti

02.84.252.900

lun-ven: 9-19; sab: 9-13

Assistenza Stradale

800-06.59.99

Tutti i giorni 24h

COME COMPILE IL MODULO BLU IN CASO DI INCIDENTE

Scrivere data, ora e luogo dell'incidente, barrare SI se vi 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:

- ① il codice fiscale
 - ② il numero di targa
 - ③ il nome della Compagnia di assicurazione come indicato sul certificato di assicurazione

Indicare come è avvenuto l'incidente, barrando anche più caselle

Inserisci i dati del conducente del veicolo

Indicare sempre il punto di primo impatto

Disegnare la posizione dei mezzi al momento dell'impatto; indicare la segnaletica orizzontale (righe di mezzeria, stop, ecc...)

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.

CONSIGLI UTILI

- 1 Se lo ritieni opportuno, scatta delle foto dei veicoli coinvolti e dei danni causati, saranno utili nella gestione della pratica
 - 2 Per denunciare il sinistro a QUIXA invia la documentazione tramite:
 - **QuixaAPP**
 - Email a **infosinistri@axaglobaldirect.it**

PER INFO O SUPPORTO CHIAMA IL N. 02.84.252.900

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

Se è firmato congiuntamente dai due concernenti produce gli effetti di cui all'art. 148 comma 1, D.Lgs. n. 209 del 2005 e s.m.i. (B, comma 2, lettera c), d.lgs. 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 checked="" type="checkbox"/>
4. danni materiali veicoli (tutte le A o B)		oggetti diversi dai veicoli	5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasporti sul veicolo A o B)
veicolo A			
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)		12. circostanze dell'incidente	
Cognome Nome		Mettere una croce (X) soltanto per le circostanze che sono state utili alla descrizione (cancelare l'opzione non corretta)	
Codice Fiscale / Partita IVA Indirizzo (comune, provincia, via e numero)		1 in famiglia / in casa	1 riportare dopo una sosta aprire una portiera
C.A.P. N. Tel. o E-mail		2 stare parcheggiando	2 uscire da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale
7. veicolo		3 entrare in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	3 tangere/passare nella stessa strada vicina
A MOTORE RIMORCHIO		4 si fermare in una piazza a senso unidirezionale	4 procedere nello stesso senso, ma in una fila diversa
Marcia, Tipo		5 attraversare una piazza a senso rotatorio	5 cambiare fila
N. targa o teliaco		6 tangere/passare nella stessa strada vicina	6 corse perverse
Stato d'immatricolazione		7 girare a destra	7 girare a sinistra
8. compagnia d'assicurazione www.assurdi.cassavo.it		8 retrocedere	8 Denominazione
Denominazione		9 indossare la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	N. di polizza
N. di polizza		10 provenire da destra	N. di polizza
N. Carta Verde		11 non avere assennato il segnale di precedenza o di senso inverso	Certificato di assicurazione o Carta Verde
Certificato di assicurazione o Carta Verde		12 Indicare il numero di casella postale con una croce	valido dal al
Valido dal al		13 Indicare il numero di casella postale con una croce	Agenzia (o ufficio o intermediario)
Agenzia (o ufficio o intermediario)		14 Indicare il numero di casella postale con una croce	Denominazione
Denominazione		15 La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo:	Indirizzo
Indirizzo		[no] <input type="checkbox"/> [si] <input checked="" type="checkbox"/>	Stato
N. Tel. o E-mail		16. conduttore (Vedere partite di guida)	N. Tel. o E-mail
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo:		Cognome	Patente N.
[no] <input type="checkbox"/> [si] <input checked="" type="checkbox"/>		Nome	Cat. (A, B, ...)
9. conduttore (Vedere partite di guida)		Data di nascita	valida fino al
Cognome		Codice Fiscale	
Nome		Indirizzo (comune, provincia, via e numero)	
Data di nascita		N. Tel. o E-mail	
Codice Fiscale		Patente N.	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)		Cat. (A, B, ...)	
Stato		Indicare il punto d'urto iniziale del veicolo A	
N. Tel. o E-mail		Indicare il punto d'urto iniziale del veicolo A	
Patente N.		Indicare il punto d'urto iniziale del veicolo B	
Cat. (A, B, ...)		Indicare il punto d'urto iniziale del veicolo B	
valida fino al		Indicare il punto d'urto iniziale del veicolo B	
10. indicare con una freccia (+) il punto d'urto iniziale del veicolo A		11. danni visibili al veicolo A	
			
11. danni visibili al veicolo A			
			
12. grafico dell'incidente al momento dell'urto			
Indicare il tracciato della strada e il numero di marcia di A (B) 20 (il numero delle strade deve essere compreso tra 10 e 20).		13. grafico dell'incidente al momento dell'urto	
Indicare il tracciato della strada e il numero di marcia di A (B) 20 (il numero delle strade deve essere compreso tra 10 e 20).		Indicare il tracciato della strada e il numero di marcia di B (A) 20 (il numero delle strade deve essere compreso tra 10 e 20).	
Indicare il tracciato della strada e il numero di marcia di A (B) 20 (il numero delle strade deve essere compreso tra 10 e 20).		Indicare il tracciato della strada e il numero di marcia di B (A) 20 (il numero delle strade deve essere compreso tra 10 e 20).	
14. osservazioni		15. firma dei conduttori	14. osservazioni
A		A B	B
La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.		Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato	

* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dal veicolo A e B si indica, sotto denuncia a tergo, l'identità e l'indirizzo del danneggiato.

Altre informazioni		
richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private"		
C'è stato intervento dell'Autorità?		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Quale Autorità è intervenuta? CC <input type="checkbox"/> P.S. <input type="checkbox"/> V.V.U. <input type="checkbox"/>		
veicolo A		veicolo B
TARGA		
Testimone		
Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____		
Testimone		
Nome e cognome _____ Codice fiscale _____ Indirizzo _____ Tel. _____		
Proprietario (solo se diverso dal Contrante/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 (dare solo una casella)		
Proprietario (solo se diverso dal Contrante/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 (dare 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"/> sì <input type="checkbox"/> no _____ Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____ Ferito (dare 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"/> sì <input type="checkbox"/> no _____ Nome Pronto Soccorso _____ Comune _____ Ferito (dare 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"/> sì <input type="checkbox"/> no _____ 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 all'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		oggetti diversi dai veicoli	
veicolo A	veicolo B		
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)		12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)	
Cognome (stampatello)		1 in fermata / in sosta	1 Cognome (stampatello)
Nome		2 ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2 Nome
Codice Fiscale / Partita IVA		3 stava parcheggiando	3 Indirizzo (comune, provincia, via e numero)
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)		4 usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4 C.A.P. _____ Stato _____
C.A.P. _____ Stato _____		5 entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5 N. Tel. o E-mail _____
N. Tel. o E-mail _____		6 si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6 A MOTORE Marca, Tipo
7. veicolo		7 circolava su una piazza a senso rotatorio	7 N. di targa o telaio
A MOTORE		8 tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8 Stato d'immatricolazione
RIMORCHIO		9 procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Marca, Tipo		10 cambiava fila	Denominazione _____
N. di targa o telaio		11 sorpassava	N. di polizza _____
Stato d'immatricolazione		12 girava a destra	Certificato di assicurazione o Carta Verde _____
Stato		13 girava a sinistra	Valido dal _____ al _____
Indirizzo		14 retrocedeva	Agenzia (o ufficio o intermediario)
Stato		15 invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	Denominazione _____
N. Tel. o E-mail _____		16 proveniva da destra	Indirizzo _____ Stato _____
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si		17 non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	N. Tel. o E-mail _____
9. conducente (Vedere patente di guida)		Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.	
Cognome (stampatello)		10. indicare con una freccia (→) il punto d'urto iniziale del veicolo A	
Nome		Indicare il numero di caselle barrate con una croce	
Data di nascita _____		13. grafico dell'incidente al momento dell'urto	
Codice Fiscale _____		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	
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	
  		  	
11. danni visibili al veicolo A		11. danni visibili al veicolo B	
14. osservazioni		14. osservazioni	
A		B	
15. firma dei conducenti		14. osservazioni	
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. 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 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 _____