

LE ASSICURAZIONI DI ROMA

MUTUA ASSICURATRICE ROMANA

In caso di incidente

Compili il presente modulo in ogni sua parte.

Controlli che anche l'altro conducente compia correttamente le stesse operazioni.

Modulo di Denuncia Sinistro

LE ASSICURAZIONI DI ROMA
00146 Roma - Lungotevere Vittorio Gassman, 22/24
Tel. 06/5878.1 - Fax 06/5878237
www.adir.it



Per avere assistenza tecnica ed ulteriori informazioni su illustrazione e precisazione dei criteri di responsabilità sono a disposizione all'interno del Servizio Sinistri uffici dedicati ai nostri assicurati cui è possibile accedere direttamente, o tramite i nostri numeri telefonici:

Lungotevere Vittorio Gassman, 22/24 - 00146 Roma
Tel. 065878367 e 065878368

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.

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(art. 145 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 _____ 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

MOTORE	
Marca, Tipo _____	Impianto _____
N. di targa o telaio _____	Numero aziendale _____
Stato d'immatricolazione _____	

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)
Denominazione **Le Assicurazioni di Roma**
N. di polizza _____
N. di Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde
Valido dal _____ al _____
Agenzia (o ufficio o intermediario)
DIREZIONE
Denominazione **Le Assicurazioni di Roma**
Indirizzo **Lungotevere Vittorio Gassman, 22/24**
00146 Roma Stato **Italia**
N. Tel. o E-mail **sinistri@adir.it**
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no 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 _____

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

1	<input type="checkbox"/>	in fermata / in sosta
2	<input type="checkbox"/>	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera
3	<input type="checkbox"/>	stava parcheggiando
4	<input type="checkbox"/>	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale
5	<input type="checkbox"/>	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale
6	<input type="checkbox"/>	si immetteva in una piazza a senso rotatorio
7	<input type="checkbox"/>	circolava su una piazza a senso rotatorio
8	<input type="checkbox"/>	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila
9	<input type="checkbox"/>	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa
10	<input type="checkbox"/>	cambiava fila
11	<input type="checkbox"/>	sorpassava
12	<input type="checkbox"/>	girava a destra
13	<input type="checkbox"/>	girava a sinistra
14	<input type="checkbox"/>	retrocedeva
15	<input type="checkbox"/>	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso
16	<input type="checkbox"/>	proveniva da destra
17	<input type="checkbox"/>	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) _____
Nome _____
Codice Fiscale / Partita IVA _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____
C.A.P. _____ Stato _____
N. Tel. o E-mail _____

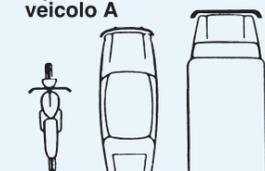
7. veicolo

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: no 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 _____

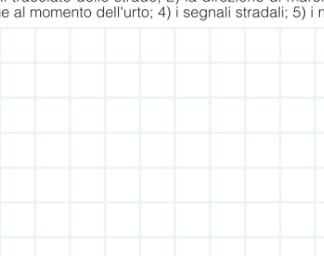
10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A



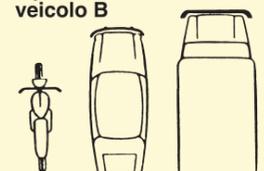
11. danni visibili al veicolo A

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



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



11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

A

15. firma dei conducenti

B

14. osservazioni

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. _____

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. _____

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 _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	C.C.	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no	
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ						
TESTIMONI	NOMINATIVO					INDIRIZZO					N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.		
	1													si	no
	2													si	no
	3													si	no
PERSONE	COGNOME E NOME			NATURA DELLE LESIONI			INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.			
												si no			
												si no			
DANNI A TERZI COSE O ANIMALI	VEICOLO			PROPRIETARIO DEL VEICOLO											
	TIPO	TARGA	COGNOME E NOME			INDIRIZZO		N. TELEF.							
	1														
	2														
3															

Descrizione del sinistro

L'Assicurato ha sofferto danni materiali? _____ Lesioni? _____ Intende chiedere risarcimento alla controparte? _____

Data della denuncia _____

Firma dell'Assicurato o del Conducente _____