

# Constatazione Amichevole di incidente

## Consigli utili in caso di incidente

### Come comportarsi in caso di incidente tra 2 veicoli?

Tieni a portata di mano:



Modulo CAI



Memorizza le Targhe



Il tuo Smartphone

1

### Compila il modulo CAI

Compila in modo chiaro il modulo in tutte le sue parti, seguendo le istruzioni riportate nelle pagine seguenti a questo fascicolo

2

### Testimoni e foto

Segnala la presenza di testimoni o l'eventuale intervento dell'autorità. Se riesci scatta delle foto delle posizioni delle auto, della strada e dei danni che ha subito il veicolo di controparte

3

### Invia il modulo CAI

Invia il modulo CAI firmato alla nostra email oppure carica il sinistro direttamente nella tua area clienti tramite la webappNexti al seguente link

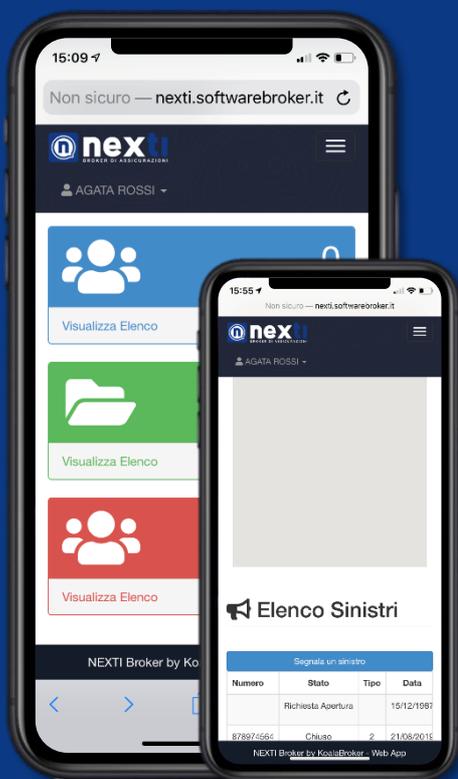
<http://nexti.softwarebroker.it/>



Ricordati di denunciare subito il sinistro in una delle seguenti modalità:

1. Tramite il tuo consulente Nexti
2. Scrivendo una mail a [info@nextibroker.it](mailto:info@nextibroker.it)
3. Tramite la tua area clienti WebAppNexti

Richiesta di apertura sinistro direttamente dalla tua WepApp



- ✓ Richiesta di apertura sinistra direttamente dalla tua WepApp
- ✓ Inserimento di tutti i documenti come il modulo Cai
- ✓ Informazioni sui professionisti incaricati come il recapito del perito
- ✓ Consulta in qualunque momento lo stato del tuo sinistro
- ✓ Elenco di tutti i sinistri consultabile in qualunque momento

Scopri di più sulla WebApp Nexti cliccando su  
<https://www.nextibroker.it/web-app-nexti/>

# Guida alla compilazione in caso di incidente

**1** Inserisci data e luogo del sinistro e la presenza di eventuali testimoni

**2** Inserisci nella colonna blu i dati anagrafici ed il recapito del contraente della polizza e le informazioni relative al veicolo assicurato

**3** Inserisci il nome della compagnia di assicurazioni e i principali dati di polizza del contraente

**7** Inserisci le informazioni anagrafiche dei conducenti alla guida dei veicoli coinvolti nell'incidente

**9** Firma per esteso (nome e cognome) di entrambi i conducenti. Se la controparte non vuole firmare, compila comunque il modulo e inserisci la tua firma

**10** Segnala eventuali autorità specificandone la categoria (cc: carabinieri, p.s.: polizia stradale, vv.uu.: vigili urbani)

**11** Se presenti dei testimoni, inserisci le loro generalità e i numeri di telefono per poterli contattare in seguito

**12** Se ci sono feriti, inserisci le loro generalità

**Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro** (art. 143 D.L. gs. 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. 14, comma 1, lettera a) del D.P.R. n. 254 del 2008.

1. **data** \_\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_ **2. luogo** (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_ **3. feriti anche se lievi**  sì  no

4. **dati materiali**  sì  no **oggetti diversi dai veicoli**  sì  no

**5. testimoni:** cognome, nome, indirizzo, telefono (specificare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)

**12. circostanze dell'incidente** (Mettersi sotto il segno (X) delle caselle utili alla ricostruzione dell'evento)

**veicolo A** **veicolo B**

**6. contraente/assicurato** (Indicare il certificato d'assicurazione)  
Cognome \_\_\_\_\_ 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** (Indicare il 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:  sì  no

**9. conducente** (Indicare il numero 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 \_\_\_\_\_

**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 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** **14. osservazioni**

\* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sulla denuncia a luogo, l'identità e l'indirizzo dei danneggiati. La denuncia non è valida se non è sottoscritta dopo la firma e la separazione degli esemplari. Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato

**4** La colonna centrale contiene opzioni multiple per descrivere la dinamica del sinistro. Barra per ogni parte la casella che ritieni descriva meglio l'evento. È importante fornire quanti più dettagli possibile.

**5** Inserisci nella colonna gialla i dati anagrafici, il recapito e le informazioni relative al veicolo della controparte

**6** Inserisci il nome della compagnia assicurativa del veicolo della controparte ed i principali dati di polizza

**8** Prova a disegnare la dinamica dell'incidente. E non dimenticare di scattare delle foto dei danni di entrambi i veicoli

**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'Inps per la prevenzione e il contratto delle frodi nel settore dell'assicurazione R.C. Auto)

C'è stato intervento dell'Autorità?  sì  no **10** e l'Autorità è intervenuta? CC  P.S.  VV.UU.

**veicolo A** **veicolo B**

**TARGA** \_\_\_\_\_ **TARGA** \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

**C.A.P.** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_ **Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale/Partita IVA** \_\_\_\_\_ **Codice fiscale/Partita IVA** \_\_\_\_\_

**Ferito** (Barre solo una casella) **Ferito** (Barre solo una casella)  
Conducente  Passeggero  Pedone  Conducente  Passeggero  Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_ Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_ **Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_ **Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Ricovero Pronto Soccorso**  sì  no **Ricovero Pronto Soccorso**  sì  no

**Nome Pronto Soccorso** \_\_\_\_\_ **Nome Pronto Soccorso** \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**Ferito** (Barre solo una casella) **Ferito** (Barre solo una casella)  
Conducente  Passeggero  Pedone  Conducente  Passeggero  Pedone

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_ Indirizzo (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

**Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_ **Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

**Codice fiscale** \_\_\_\_\_ **Codice fiscale** \_\_\_\_\_

**Ricovero Pronto Soccorso** \_\_\_\_\_ **Ricovero Pronto Soccorso** \_\_\_\_\_

# 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.

<b>1. data incidente</b>	ora _____	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)	<b>3. feriti anche se lievi</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		<b>5. testimoni:</b> 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)  
**Nexti Broker**  
Denominazione \_\_\_\_\_  
Indirizzo Piazza Guglielmo Marconi 11  
S.A. Li Battiati 95030 Stato Italia - Sicilia  
N. Tel. o E-mail 0957258044 - info@nextibroker.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	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.

**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**

**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 A**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. osservazioni**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A**

**15. firma dei conducenti**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B**

**11. danni visibili al veicolo 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. 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**

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 \_\_\_\_\_

## DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	CC	PS.	W.U.U.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no	
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÉ						
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 \_\_\_\_\_



**nexti**  
BROKER DI ASSICURAZIONI