

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@quixa.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

02.78.613.600
lun-ven: 9:30-18:30; sab: 9-13

Assistenza Stradale

800-06.59.99
Tutti i giorni 24h

COME COMPILARE 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:

- ❶ il **codice fiscale**
- ❷ il **numero di targa**
- ❸ 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 mezz'ora, 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

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. 143 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 no si

4. **danni materiali** veicoli oltre A o B no si oggetti diversi dai veicoli no si

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

6. **contraente/assicurato** (veicolo A) **veicolo B**

12. **circostanze dell'incidente** (barrare una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione concisa) (barrare nei caselli in forma / in scota)

8. **compagnia d'assicurazione** (veicolo A) **veicolo B**

9. **conducente** (veicolo A) **veicolo B**

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

11. **danni visibili al veicolo A** **veicolo B**

13. **grafico dell'incidente al momento dell'urto**

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

15. **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? si no

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

veicolo A **veicolo B**

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 _____
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 _____
Rivolo Pronto Soccorso si no

Nome Pronto Soccorso _____
Comune _____

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@quixa.it

PER INFO O SUPPORTO CHIAMA IL N. 02.78.613.600

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 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 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"/> *	

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: 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)

- in fermata / in sosta
- ripartiva dopo una sosta apriva una portiera
- stava parcheggiando
- usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale
- entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale
- si immetteva in una piazza a senso rotatorio
- circolava su una piazza a senso rotatorio
- tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila
- procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa
- cambiava fila
- sorpassava
- girava a destra
- girava a sinistra
- retrocedeva
- invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso
- proveniva da destra
- 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

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 →

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 _____