



**HDI**  
ASSICURAZIONI

Al tuo fianco,  
ogni giorno

## CONSTATAZIONE AMICHEVOLE

### Denuncia di sinistro

Consegnala subito alla tua agenzia oppure:

- inviala per posta elettronica con un'email a [sinistri@hdi.it](mailto:sinistri@hdi.it)
- fotografala ed inviala al numero  **0654547991**
- allegala alla tua pratica di sinistro nella sezione **Area Clienti** (previa registrazione) sul sito <https://www.hdiassicurazioni.it/>
- trasmettila via fax al numero verde **800606161**

In caso di incidente:

- ✓ Leggi le istruzioni riportate nelle ultime pagine
- ✓ Compila il modulo in ogni sua parte e in modo leggibile
- ✓ Indica la dinamica dell'incidente
- ✓ Verifica che anche l'ultima copia sia chiaramente leggibile
- ✓ Trattieni due copie del modulo. Se ti è possibile scatta alcune foto delle vetture coinvolte prima che vengano spostate, cercando di inquadrare eventuali segnali e numeri di targa. Con la firma di entrambi i conducenti, velocizzi le pratiche di risarcimento.
- ✓ Fai compilare da eventuali testimoni il modulo "Dichiarazione del testimone" e scatta una foto con il tuo cellulare ad un documento di identità del testimone.

Ricordati del nostro servizio **CARROZZERIE CONVENZIONATE**, potrai riparare il danno senza anticipo di spese e ottenere altre agevolazioni.

Per conoscere la carrozzeria a te più vicina contattaci oppure consulta il sito [www.hdiassicurazioni.it/](http://www.hdiassicurazioni.it/)

Numero Verde

**800.233120**

# 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")



<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 no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		oggetti diversi dai veicoli no <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)**

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)*

1	in fermata / in sosta	1
2	ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	2
3	stava parcheggiando	3
4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale	4
5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	5
6	si immetteva in una piazza a senso rotatorio	6
7	circolava su una piazza a senso rotatorio	7
8	tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	8
9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	9
10	cambiava fila	10
11	sorpassava	11
12	girava a destra	12
13	girava a sinistra	13
14	retrocedeva	14
15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	15
16	proveniva da destra	16
17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	17

← 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.

**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

**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**

**14. osservazioni**

**A**

**10. Indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo B**

**11. danni visibili al veicolo B**

**14. osservazioni**

**B**

# 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 \_\_\_\_\_

# Per compilare correttamente il modulo è utile avere a disposizione:

- il Codice Fiscale
- la Patente
- il Certificato di assicurazione

Se sei all'estero o l'altro conducente è straniero occorre utilizzare anche la carta verde

12. Segnare con X una o più delle circostanze della dinamica dell'incidente ed indicare in fondo il totale delle caselle segnate

2. Indicare dove è avvenuto l'incidente (Comune, PR, Via e N. civico)

3. Indicare se l'incidente ha causato feriti, anche se lievi

1. Indicare data (gg/mm/aa) e ora esatta dell'incidente

4. Indicare se l'incidente ha provocato danni ad altri veicoli oltre ad A o B, o ad altri oggetti

6. Riportare i dati del Certificato di assicurazione del contraente della polizza del proprio veicolo

7. Copiare dal libretto di circolazione i dati relativi al proprio veicolo

8. Copiare dal Certificato di assicurazione i dati relativi alla polizza di assicurazione del proprio veicolo

9. Scrivere i propri dati presenti sulla patente

10. Indicare sulla sagoma che raffigura il proprio veicolo, dove è avvenuto il primo impatto

14. Utilizzare questo campo per fornire dettagli aggiuntivi sull'incidente

15. Apporre la propria firma e quella del conducente del veicolo B

13. Fare un disegno che mostri: tracciato delle strade, direzione di marcia di A e B posizione di A e B al momento dell'urto

## Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui agli artt. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche.

(art. 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977)

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: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		4. oggetti diversi dai veicoli: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se trasportati sul veicolo A o B)	
<b>veicolo A</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 _____ 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"/> sì 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 2. ripartiva dopo una sosta sopra 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. temporaneamente procedendo nello stesso senso o 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		<b>veicolo B</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 _____ 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"/> sì 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		10. indicare con una freccia (⇒) il punto d'urto iniziale del veicolo B	
11. danni visibili al veicolo A		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 		11. danni visibili al veicolo B	
14. osservazioni -		15. firma dei conducenti		14. osservazioni	
A _____		A _____ B _____		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