

**CONSTATAZIONE AMICHEVOLE  
DI INCIDENTE AUTOMOBILISTICO**

Ci contatti subito al

**800.19.69.58**

per la compilazione del modulo  
e l'individuazione  
della carrozzeria più vicina

La preghiamo di compilare il modulo  
in modo leggibile ed in stampatello

**NOBIS**  
ASSICURAZIONI

## 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, purché conforme al presente.
-



# 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 <b>A</b>	
TARGA _____	
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome _____	
Codice fiscale _____	
Indirizzo _____	
Tel. _____	
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome _____	
Codice fiscale _____	
Indirizzo _____	
Tel. _____	
<b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>	
Nome e cognome o Denominazione sociale _____	
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
C.A.P. _____ Provincia _____	
Luogo e data di nascita _____	
Codice fiscale/Partita IVA _____	
<b>Ferito</b> (Barrare 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"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b> <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	
<b>Ferito</b> (Barrare 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"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b> <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	

veicolo <b>B</b>	
TARGA _____	
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome _____	
Codice fiscale _____	
Indirizzo _____	
Tel. _____	
<b>Testimone</b>	
Nome e cognome _____	
Codice fiscale _____	
Indirizzo _____	
Tel. _____	
<b>Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)</b>	
Nome e cognome o Denominazione sociale _____	
Indirizzo (Comune, via e numero) _____	
C.A.P. _____ Provincia _____	
Luogo e data di nascita _____	
Codice fiscale/Partita IVA _____	
<b>Ferito</b> (Barrare 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"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b> <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	
<b>Ferito</b> (Barrare 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"/> <b>si</b> <input type="checkbox"/> <b>no</b> <input type="checkbox"/>	
Nome Pronto Soccorso _____	
Comune _____	

## CONSIGLI UTILI

- Mantenga la calma e sia cortese
- Scatti delle foto dei veicoli coinvolti e dei danni causati, saranno utili nella gestione della pratica
- Per la denuncia del sinistro invii, cortesemente, la documentazione servendosi dei seguenti recapiti:
  - **email: [sinistrirca@nobis.it](mailto:sinistrirca@nobis.it)**
  - **fax: 039 6890794**
- Indichi, sempre, un numero di telefono al quale poterla contattare in caso di necessità

## LA PREGHIAMO DI COMPILARE IL MODULO IN TUTTI I CAMPI SENZA MAI DIMENTICARE I SEGUENTI

- Data del sinistro
- Generalità delle parti (conducente e/o assicurato)
- Targhe dei veicoli coinvolti
- Denominazione delle imprese assicuratrici
- Descrizione o rappresentazione grafica del sinistro
- Generalità di eventuali testimoni
- Indicazione delle eventuali autorità intervenute
- Firme