

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

QUESTO MODULO CAI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL TUO RISARCIMENTO È OFFERTO DA



LEGNAGO (VR) - Tel. +39 045 5116821

info@exarisarcimenti.com exarisarcimenti.com

**RISARCIMENTO DANNI - INCIDENTI STRADALI
INFORTUNI SUL LAVORO - RECUPERO CREDITI
IMPERIZIA MEDICA (c.d. MALASANITÀ)**

Di' basta ad indennizzi frettolosi, stime del danno arbitrarie e risarcimenti iniqui da parte delle Compagnie di Assicurazioni: **Contattaci** subito e **presentaci il tuo caso** senza impegno.

Il Risarcimento è un diritto, affidati alla nostra Professionalità!

LA TUA
CARROZZERIA
DI FIDUCIA

exarisarcimenti.com

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

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

Se è firmata o con un amen e da due conducenti produce gli effetti di cui all'art. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito con legge n. 39 del 1977 e successivamente modificata

1. data <small>in data</small>	ora	2. luogo <small>(comune, provincia, via e numero)</small>	3. feriti <small>anche se ev.</small>
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali <small>veicolo A o B</small>		5. testimoni: <small>cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)</small>	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	

veicolo A

6. contraente/assicurato
vedere certificato d'assicurazione

Cognome (stampatello) _____
Nome _____
Codice Fiscale / Partita VA _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____
C.A.P. _____ Stato _____
N. Tel. o E-mail _____

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca Tipo _____	_____
N. d'arg. o eao _____	N. d'arg. o eao _____
S. a. o. d. m. r. c. o. z. o. n. e _____	S. a. o. d. m. r. c. o. z. o. n. e _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

Denominazione _____
N. di polizza _____
N. d. Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde
Valido da _____ a _____
Agenzia (o ufficio o intermedario) _____
Denominazione _____
Indirizzo _____
Stato _____
N. Tel. o E-mail _____
La polizza copre anche danni materiali a 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, ...) _____ va da fino a _____

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

<input type="checkbox"/>	1	inermata / 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

← **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 VA _____
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____
C.A.P. _____ Stato _____
N. Tel. o E-mail _____

7. veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca Tipo _____	_____
N. d'arg. o eao _____	N. d'arg. o eao _____
S. a. o. d. m. r. c. o. z. o. n. e _____	S. a. o. d. m. r. c. o. z. o. n. e _____

8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

Denominazione _____
N. di polizza _____
N. d. Carta Verde _____
Certificato di assicurazione o Carta Verde
Valido da _____ a _____
Agenzia (o ufficio o intermedario) _____
Denominazione _____
Indirizzo _____
Stato _____
N. Tel. o E-mail _____
La polizza copre anche danni materiali a 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, ...) _____ va da fino a _____

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

richiesta a sensi dell'art. 2 comma 5 quater della legge 26 maggio 2000 n. 137 e successive provvedimenti di swap n. 01764 del 21 dicembre 2000

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 _____

_____ Te. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

_____ Te. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Prov. n. c. a _____

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 _____

_____ Te. _____

Testimone

Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

_____ Te. _____

Proprietario (solo se diverso dal Contraente/Assicurato)

Nome e cognome o Denominazione sociale _____

Indirizzo (Comune, via e numero) _____

C.A.P. _____ Prov. n. c. a _____

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 _____

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

QUESTO MODULO CAI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL TUO RISARCIMENTO È OFFERTO DA



LEGNAGO (VR)

37045 Via Pier Domenico Frattini, 43

Tel. 045.5116821

info@exarisarcimenti.com

DANNO MATERIALE

EXA RISARCIMENTI® assiste le persone coinvolte in un **incidente stradale** nel rapporto con le compagnie assicurative al fine di ottenere **integrale risarcimento del danno fisico, materiale** ed accessori (es. soccorso stradale).

DANNO FISICO

È importante garantire a chi ha subito un sinistro, prima ancora che un equo risarcimento, la possibilità di **curarsi e riabilitarsi dal trauma subito**.

EXA RISARCIMENTI® mette al **primo posto** le **esigenze del danneggiato**, avvalendosi delle migliori cliniche convenzionate dove medici, ortopedici e fisioterapisti sono a disposizione della persona lesa per guidarla verso il **miglior percorso riabilitativo, senza alcuna preoccupazione**: le spese mediche verranno rimborsate dalla compagnia assicurativa responsabile.

AFFIDATI A NOI

EXA RISARCIMENTI® opera nell'**esclusivo interesse del danneggiato**, privato o azienda, al fine di **ottenere il miglior risarcimento del danno subito** con la massima professionalità. Nel rapporto impari tra danneggiato e compagnia di assicurazioni, EXA RISARCIMENTI® è quindi il partner ideale a cui affidarsi per tutelare al meglio i propri interessi.

ATTENZIONE E COMPETENZA

Sono le prerogative che ci rendono speciali nella cura dell'interesse del Cliente.

CONTATTACI SUBITO!

Se hai subito un sinistro stradale, ti occorre una consulenza medico-legale o semplicemente vuoi informarti su come ottenere un giusto risarcimento per il danno subito, **contattaci subito**: un nostro responsabile sarà disponibile a fornire ogni chiarimento utile.

**RISARCIMENTO DANNI - INCIDENTI STRADALI
INFORTUNI SUL LAVORO - RECUPERO CREDITI
IMPERIZIA MEDICA (c.d. MALASANITÀ)**

exarisarcimenti.com