

Modulo di Constatazione Amichevole di Incidente (CAI)

1_ Il modulo CAI è importante perchè:

- **riduce i tempi di gestione del sinistro e di risarcimento**
- aiuta a **chiarire la dinamica dell'incidente.**

2_ Istruzioni per l'uso

• Questo modulo dev'essere utilizzato per:

- > **denunciare un sinistro** alla propria Compagnia di assicurazione in caso di collisione con un altro veicolo a motore. Ricorda di denunciare il sinistro **entro 3 giorni** dalla data in cui si è verificato o ne hai avuto conoscenza
- > **attivare la procedura di risarcimento del danno**, allegando una copia di questo modulo alla richiesta di risarcimento.
- **Utilizza un solo modulo per entrambi i veicoli coinvolti nel sinistro oppure 2 moduli se nel sinistro sono coinvolti 3 veicoli**, e così via.
- **Se il modulo viene firmato anche dall'altro conducente** esso vale come accordo tra le parti sulla dinamica dell'incidente e **ti consente di ridurre i tempi di gestione del sinistro.**
- **Nel caso in cui il conducente dell'altro veicolo non accetti di firmare**, compila il modulo per la parte relativa al tuo veicolo (veicolo A). **Per la parte relativa alla controparte** (veicolo B), le **informazioni indispensabili** per attivare la richiesta di risarcimento sono: i **dati relativi al veicolo** e la **denominazione della Compagnia di assicurazione.**

3_Segнала il tuo sinistro online: è semplice e veloce!

Una volta compilato e firmato il modulo CAI accedi a Zurich One e segnali il tuo sinistro in pochi clic:

- **Clicca su "Segnala un Sinistro" e rispondi alle domande**
- **Allega la documentazione** del tuo sinistro (compreso il modulo CAI)
- **Riceverai un'e-mail di conferma** con un riepilogo dei dati che hai inserito
- **Il tuo intermediario ti contatterà per eventuali informazioni**

4_ Istruzioni per la stampa

Il modulo CAI non scade: se hai già un modulo, anche di altra Compagnia, puoi utilizzare quello.

Il modulo è composto da 3 fogli: 1. Denuncia di sinistro, 2. Altre informazioni, 3. Denuncia di danno responsabilità civile verso terzi. Di ciascun foglio, in allegato, trovi una copia per te e una per la controparte.


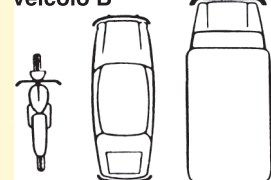
I fogli 2 e 3 vanno compilati se nel sinistro sono coinvolti anche testimoni e/o feriti e se i dati del proprietario del veicolo sono diversi da quelli del contraente/assicurato).

Stampa questo documento e assicurati che tutte le informazioni contenute nella tua copia e in quella per la controparte siano uguali.

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)																		
veicolo A		12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)	veicolo B																	
6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		1	6. contraente/assicurato <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>																	
Cognome (stampatello) _____		2	Cognome (stampatello) _____																	
Nome _____		3	Nome _____																	
Codice Fiscale / Partita IVA _____		4	Codice Fiscale / Partita IVA _____																	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		5	Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____																	
C.A.P. _____ Stato _____		6	C.A.P. _____ Stato _____																	
N. Tel. o E-mail _____		7	N. Tel. o E-mail _____																	
7. veicolo		8	7. veicolo																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">A MOTORE</th> <th style="width:50%;">RIMORCHIO</th> </tr> <tr> <td>Marca, Tipo _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N. di targa o telaio _____</td> <td>N. di targa o telaio _____</td> </tr> <tr> <td>Stato d'immatricolazione _____</td> <td>Stato d'immatricolazione _____</td> </tr> </table>		A MOTORE	RIMORCHIO	Marca, Tipo _____	_____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____	9	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">A MOTORE</th> <th style="width:50%;">RIMORCHIO</th> </tr> <tr> <td>Marca, Tipo _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>N. di targa o telaio _____</td> <td>N. di targa o telaio _____</td> </tr> <tr> <td>Stato d'immatricolazione _____</td> <td>Stato d'immatricolazione _____</td> </tr> </table>		A MOTORE	RIMORCHIO	Marca, Tipo _____	_____	N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____	Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____
A MOTORE	RIMORCHIO																			
Marca, Tipo _____	_____																			
N. di targa o telaio _____	N. di targa o telaio _____																			
Stato d'immatricolazione _____	Stato d'immatricolazione _____																			
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 <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>		10	8. compagnia d'assicurazione <i>(vedere certificato d'assicurazione)</i>																	
Denominazione Zurich Insurane Europe AG Rappresentanza Generale per l'Italia		11	Denominazione _____																	
N. di polizza		12	N. di polizza																	
N. di Carta Verde _____		13	N. di Carta Verde _____																	
Certificato di assicurazione o Carta Verde		14	Certificato di assicurazione o Carta Verde																	
Valido dal _____ al _____		15	Valido dal _____ al _____																	
Agenzia (o ufficio o intermediario)		16	Agenzia (o ufficio o intermediario)																	
Denominazione _____		17	Denominazione _____																	
Indirizzo _____		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> ← indicare il numero di caselle barrate con una croce → </div>																		
Stato _____		Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità bensì una mera rilevazione dell'identità delle persone e dei fatti, per una rapida definizione.																		
N. Tel. o E-mail _____		13. grafico dell'incidente al momento dell'urto																		
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		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																		
9. conducente <i>(Vedere patente di guida)</i>		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo B</p> </div> </div>																		
Cognome (stampatello) _____		11. danni visibili al veicolo A																		
Nome _____		11. danni visibili al veicolo B																		
Data di nascita _____		14. osservazioni																		
Codice Fiscale _____		15. firma dei conducenti																		
Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____		14. osservazioni																		
Stato _____		14. osservazioni																		
N. Tel. o E-mail _____		14. osservazioni																		
Patente N. _____		14. osservazioni																		
Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____		14. osservazioni																		
10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A		14. osservazioni																		
11. danni visibili al veicolo A		14. osservazioni																		
14. osservazioni		14. osservazioni																		
15. firma dei conducenti		14. osservazioni																		
14. osservazioni		14. osservazioni																		

* In caso di lesioni o di danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Copia per l'Assicurato

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"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B) no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *	

veicolo A

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 **Zurich Insurane Europe AG - Rappresentanza Generale per l'Italia**
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.

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 _____	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, sul foglio di Denuncia di Danno Responsabilità Civile verso terzi (veicoli), l'identità e l'indirizzo dei danneggiati.

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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 _____

Altre informazioni

richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private" per l'alimentazione della banca dati sinistri, della banca dati anagrafe testimoni e della banca dati anagrafe danneggiati, istituite per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione r.c. auto. I dati personali sono trattati dall'IVASS per le finalità di legge ed in conformità alla legge sulla Privacy.

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	C.C.	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ				
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		
										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 _____

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

LOCALITÀ		AUTORITÀ INTERVENUTE		si	no	C.C.	P.S.	VV.UU.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?	si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÈ			
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
											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 _____