



**1** Data dell'incidente ..... Ora .....

**2** Luogo - Paese - Località .....

**3** Feriti, ivi compresi leggermente feriti  
no  si

**4** Danno materiale  
ad ulteriori veicoli tranne A e B ..... ad oggetti tranne veicoli .....  
no  si  no  si

**5** Testimoni nomi, indirizzi, numeri di telefono .....

**VEICOLO A**

**6** Contraente dell'assicurazione / assicurato\* ..... \* vedi polizza  
Cognome .....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
CAP ..... Paese .....  
T Telefono o e-mail: .....

**7** **VEICOLO**  
**AUTOVETTURA:** ..... **RIMORCHIATO:** .....  
Marca, modello .....  
Targa ..... Targa .....  
Paese 'immatricolazione ..... Paese 'immatricolazione .....

**8** **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)  
Nome .....  
Contratto n° .....  
Carta verde n° .....  
Validità della polizza o della carta verde dal ..... al .....  
Sede (o ufficio o sensale) .....  
Indirizzo .....  
Paese .....  
Telefono o e-mail .....  
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no  si

**9** **Conducente** (vedi patente di guida)  
Cognome .....  
Nome .....  
Data di nascita .....  
Indirizzo .....  
Paese .....  
Telefono o e-mail .....  
Permis de conduire no. ....  
Patente di guida n° Classe (A, B, ) .....  
Scadenza patente: .....



**11** **Danni visibili al veicolo A:** .....

**14** **Osservazioni personali:** .....

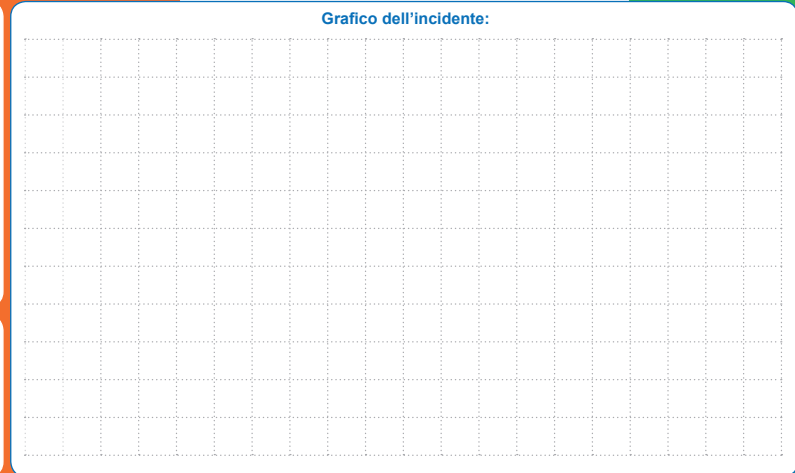
**MODALITÀ DEL SINISTRO**

**12** Barrare le caselle corrispondenti onde precisare il grafico - \* Cancellare ciò che non interessa:

A	Che cosa è successo?	B
<input type="checkbox"/>	* stava parcheggiato/stava fermo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	* uscì da un parcheggio/apri una portiera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*uscì da un parcheggio, da un terreno di proprietà privata, da una via	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	*iniziò ad entrare in un parcheggio, in un terreno di proprietà privata, in una via	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	entrò in una circolazione rotatoria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	viaggiava in una circolazione rotatoria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	urtò la parte posteriore dell'altro veicolo andando nella stessa direzione e nella stessa colonna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	andava nella stessa direzione e in una colonna diversa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiò colonna	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	sorpassò	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	svoltò a destra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	svoltò a sinistra	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	retrocedette	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	cambiò andando su una corsia riservata al traffico in senso contrario	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	arrivò da destra (su un incrocio)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	non aveva osservato un segnale di precedenza o un semaforo rosso	<input type="checkbox"/>

← **Indicare il numero di caselle barrate a** →

**13** **Grafico dell'incidente al momento dell'urto iniziale**  
Completare il disegno poi qui: [www.graficoincidente.it](http://www.graficoincidente.it)  
Indicare per favore:  
1. il tracciato delle corsie 2. la direzione di marcia dei veicoli A, B (con frecce) 3. la loro posizione al momento dell'urto 4. i segnali stradali 5. i nomi delle vie



**VEICOLO B**

**6** Contraente dell'assicurazione / assicurato\* ..... \* vedi polizza  
Cognome .....  
Nome .....  
Indirizzo .....  
CAP ..... Paese .....  
T Telefono o e-mail: .....

**7** **VEICOLO**  
**AUTOVETTURA:** ..... **RIMORCHIATO:** .....  
Marca, modello .....  
Targa ..... Targa .....  
Paese 'immatricolazione ..... Paese 'immatricolazione .....

**8** **Compagnia di assicurazione** (vedi polizza)  
Nome .....  
Contratto n° .....  
Carta verde n° .....  
Validità della polizza o della carta verde dal ..... al .....  
Sede (o ufficio o sensale) .....  
Indirizzo .....  
Paese .....  
Telefono o e-mail .....  
L'assicurazione copre i danni al veicolo? no  si

**9** **Conducente** (vedi patente di guida)  
Cognome .....  
Nome .....  
Data di nascita .....  
Indirizzo .....  
Paese .....  
Telefono o e-mail .....  
Permis de conduire no. ....  
Patente di guida n° Classe (A, B, ) .....  
Scadenza patente: .....



**11** **Danni visibili al veicolo B:** .....

**14** **Osservazioni personali:** .....

**15** **Firme dei conducenti** **15**

**A** **B**