

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 Segnala il tuo sinistro. Online è semplice e veloce!

Una volta compilato e firmato il modulo CAI accedi alla tua Area Riservata su zurich-connect.it e segnala il tuo sinistro in pochi click:

- **Clicca su "Sinistri" > "Segnala Sinistro online" e compila il form "Apertura segnalazione sinistro"**
- **Allega la documentazione** del tuo sinistro (compreso il modulo CAI)
- **Riceverai un'e-mail di conferma** con un riepilogo dei dati che hai inserito
- **Nella tua Area Riservata potrai visualizzare lo stato del sinistro** e i dati del tuo perito.

Oppure chiama il Servizio Sinistri Zurich Connect allo **02.83.430.000 (attivo dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 19.30).**

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"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *
4. danni materiali 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"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	

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 Insurance Company Ltd - 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

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.

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 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. danni materiali veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	5. testimoni: 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 **Zurich Insurance Company Ltd - 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 _____

10. indicare con una freccia (⇨) il punto d'urto iniziale del veicolo A



11. danni visibili al veicolo A

14. osservazioni

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 B



11. danni visibili al veicolo B

14. osservazioni

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 apriva 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 tamponava procedendo nello stesso senso e 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

← 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



15. firma dei conducenti

* 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"

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"

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	CC.	P.S.	V.V.U.	COMANDO DI	FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÉ				
ILS / MON		NOMINATIVO				INDIRIZZO				N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.	
	1											si	no
	2											si	no
	3											si	no
PERSONE		DOGNOVE E NOVE		NATURA DELLE LESIONI			INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.	
												si	no
												si	no
												si	no
DANNI A TERZI COSE O VANTAGGI		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	CC.	P.S.	V.V.U.	COMANDO DI		FU REDATTO VERBALE?		si	no
DATA DEL SINISTRO		ELEVATE CONTRAVVENZIONI?		si	no	A CHI?			PERCHÉ					
ILS / MON		NOMINATIVO				INDIRIZZO				N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.		
	1											si	no	
	2											si	no	
3											si	no		
PERSONE		COGNOME E NOVE		NATURA DELLE LESIONI			INDIRIZZO			N. TELEF.		TRASPORTATI AUTO-ASSIC.		
												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