

## 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](http://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

<b>1. data</b> incidente	ora	<b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)	<b>3. feriti</b> anche se lievi no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
<b>4. danni materiali</b> 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"/> *	
<b>5. testimoni:</b> 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 \_\_\_\_\_

**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.

**13. grafico dell'incidente al momento dell'urto**

**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 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.



# 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 \_\_\_\_\_