

## CONSTATAZIONE AMICHEVOLE DI INCIDENTE

Stampa questo modulo e conservalo sul tuo veicolo assieme a tutte le indicazioni per compilarlo. Non è necessario avere l'originale, per denunciare l'incidente sarà sufficiente una foto del modulo compilato e firmato.



---

## NUMERI UTILI IN CASO DI INCIDENTE

---

### Assistenza Stradale

Servizio offerto in collaborazione con UnipolAssistance, attivo 24 ore su 24

**800 47 59 99**  
**+39 011 65 23 246** dall'estero

### Scarica l'app

Evita attese al telefono, usa l'**app Linear**  
**Assistenza stradale** per richiedere l'intervento del carro attrezzi

### Servizio Sinistri

Servizio attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 20.00 e sabato dalle 8.30 alle 14.00

**+ 39 051 71 93 456**

# 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *	<b>5. testimoni:</b> 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 \_\_\_\_\_  
**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:     \*

**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	<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	<input type="checkbox"/>

← **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

**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 _____

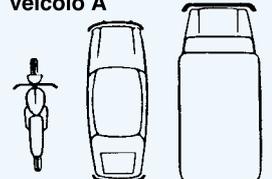
**8. compagnia d'assicurazione** (vedere certificato d'assicurazione)

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:     \*

**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**

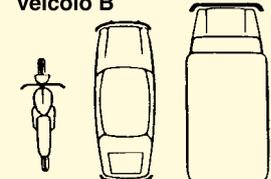


**11. danni visibili al veicolo A**

**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

**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

richieste ai sensi dell'articolo 135 del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - 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 \_\_\_\_\_

---

## COSA FARE IN CASO DI INCIDENTE

Trovi di seguito alcuni consigli che ti raccomandiamo di seguire e poche semplici procedure per affrontare in modo corretto l'incidente

---

Segui le indicazioni qui elencate e soprattutto cerca di mantenere la calma:



---

### 1. FERMA IL VEICOLO

Segnala subito l'incidente **posizionando il triangolo** e nel farlo **indossa il gilet di segnalazione**.



---

### 2. SE NECESSARIO CHIAMA I SOCCORSI

In presenza di feriti, anche non gravi, **puoi chiamare le autorità**.



---

### 3. SCATTA FOTO

Prima di spostare i veicoli, **scatta fotografie** che possano aiutare a comprendere la dinamica dell'incidente.



---

### 4. COMPILA IL MODULO CAI

Anche se non c'è accordo tra le parti, **compila il modulo CAI** con i dati a tua disposizione. Se sono coinvolti più di 2 veicoli, compila un unico modulo inserendo i dettagli nelle osservazioni.



---

### 5. FIRMA IL MODULO CAI

**Firma** il modulo CAI e fai firmare anche l'altro conducente (se possibile).



---

### 6. VERIFICA LA PRESENZA DI TESTIMONI

Verifica la **presenza di testimoni**, chiedi le loro generalità e il numero di telefono per poterli contattare anche in seguito.



---

### 7. SCATTA UNA FOTO AL MODULO CAI E DENUNCIA SUBITO L'INCIDENTE

**Scatta una foto** con il tuo smartphone al modulo di constatazione amichevole compilato e firmato. Controlla che tutti i dati siano a fuoco e ben visibili, firme comprese. Perché la copia sia valida il modulo deve rientrare in un'unica immagine.

Ricordati di **denunciare subito l'incidente**. Carica il modulo CAI comodamente online accedendo alla sezione Guasti e Sinistri su Linear.it oppure inviaci la foto a [sinistri@linear.it](mailto:sinistri@linear.it).

**SIAMO AL TUO FIANCO PER AIUTARTI QUANDO NE HAI PIÙ BISOGNO**

**Per informazioni o supporto puoi contare su di noi,  
siamo a tua disposizione al numero 051 71 93 456  
dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 20.00 e sabato dalle 8.30 alle 14.00**

---

## ESSERE ASSICURATO LINEAR CONVIENE, SCOPRI I VANTAGGI

Tutte le informazioni di cui hai bisogno se sei stato coinvolto in un incidente

---

### Linear ti offre il servizio di circa 3.000 carrozzerie selezionate del circuito UnipolService

Le **carrozzerie** operano in **convenzione con il Gruppo Unipol** e sono presenti su tutto il territorio nazionale. Se sei assicurato Linear, presso i centri **UnipolService** riceverai i seguenti **servizi esclusivi**:

- **riparazioni del veicolo senza anticipo di denaro e con garanzia sulle lavorazioni**
- **gestione** completa di tutte le **pratiche**
- **riparazione garantita per 24 mesi**

Trova il centro di riparazione UnipolService più vicino a te su **UnipolService.it**

Inoltre, in caso di rottura dei cristalli, Linear ti offre il servizio dei Centri cristalli auto **UnipolGlass**.

Trova il centro di riparazione UnipolGlass più vicino a te su **Unipolglass.it**

### Puoi contare su di noi

Chiama il **Servizio Sinistri al numero 051 71 93 456**, attivo dal lunedì al sabato per darti assistenza quando ne hai più bisogno.



### Usa l'app Linear Assistenza stradale per richiedere i soccorsi

Se hai la garanzia Assistenza stradale, attiva i soccorsi con un **tap sul tuo smartphone**. La registrazione è semplicissima: sono sufficienti targa e numero di cellulare.

L'app è disponibile su Play Store e App Store.

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO

Ti aiutiamo a compilare il modulo, così tutto diventa più semplice

- A** Inserisci la data e il luogo del sinistro, specificando indirizzo e città. Indica l'eventuale presenza di testimoni.
- B** Nella colonna blu scrivi i tuoi dati anagrafici, specificando l'indirizzo e il numero di telefono. Nella colonna gialla, invece, indica i dati anagrafici, l'indirizzo e il numero di telefono della controparte.
- C** Non dimenticarti di indicare la targa del tuo veicolo e dell'altro veicolo coinvolto.
- D** Scrivi nelle rispettive colonne le informazioni anagrafiche del conducente del tuo veicolo e del conducente dell'altro veicolo.
- E** La colonna centrale contiene opzioni multiple per descrivere la dinamica dell'incidente. Barra per ogni parte la casella che ritieni descriva meglio l'evento.
- F** Qui prova a disegnare la dinamica dell'incidente e lateralmente indica i punti nei quali i due veicoli sono stati danneggiati. Scatta anche qualche foto ai due veicoli. Potrà esserci utile!
- G** Scrivi qui tutti i dettagli utili a ricostruire la dinamica dell'incidente.
- H** Inserite entrambe le firme per esteso (nome e cognome). Se la controparte si rifiuta, metti almeno la tua firma.

**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. 149 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 *	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *
4. materiali danneggiati A o B (oggetti diversi dai veicoli)		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (prevedere se si tratta di trasportati sul veicolo A o B)	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si *		
<b>veicolo A</b>		<b>veicolo B</b>	
6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)		6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)	
Cognome (ufficiale)		Cognome (ufficiale)	
Nome		Nome	
Codice Fiscale / Partita IV		Codice Fiscale / Partita IV	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)		Indirizzo (comune, provincia, via e numero)	
C.A.P. Stato		C.A.P. Stato	
N. Tel. o E-mail		N. Tel. o E-mail	
7. veicolo		7. veicolo	
A MOTORE RIMORCHIO		A MOTORE RIMORCHIO	
Marca, Tipo		Marca, Tipo	
N. di targa o telaio di targa o telaio		N. di targa o telaio targa o telaio	
Stato d'immatricolazione Stato d'immatricolazione		Stato d'immatricolazione Stato d'immatricolazione	
8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)		8. compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)	
Denominazione		Denominazione	
N. di polizza		N. di polizza	
N. di Carta Verde		N. di Carta Verde	
Certificato di assicurazione o Carta Verde		Certificato di assicurazione o Carta Verde	
Valido dal al		Valido dal al	
Agenzia (o ufficio o intermediario)		Agenzia (o ufficio o intermediario)	
Denominazione		Denominazione	
Indirizzo		Indirizzo	
Stato		Stato	
N. Tel. o E-mail		N. Tel. o E-mail	
La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	
9. conducente (vedere patente di guida)		9. conducente (vedere patente di guida)	
Cognome (ufficiale)		Cognome (ufficiale)	
Nome		Nome	
Data di nascita		Data di nascita	
Codice Fiscale		Codice Fiscale	
Indirizzo (comune, provincia, via e numero)		Indirizzo (comune, provincia, via e numero)	
Stato		Stato	
N. Tel. o E-mail		N. Tel. o E-mail	
Patente N.		Patente N.	
Categ. (A, B, ...) valida fino al		Categ. (A, B, ...) valida fino al	
10. indicare con una freccia (*) il punto d'urto iniziale del veicolo A		10. indicare con una freccia (*) il punto d'urto iniziale del veicolo B	
11. danni visibili al veicolo A		11. danni visibili al veicolo B	
12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cliccare i foggi non corretti)		12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cliccare i foggi non corretti)	
1. in marcia a posto		1. in marcia a posto	
2. ripartiva dopo una sosta apriva una portiera		2. ripartiva dopo una sosta apriva una portiera	
3. stava parcheggiando		3. stava parcheggiando	
4. usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale		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		5. entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale	
6. si immetteva in una piazza a senso rotatorio		6. si immetteva in una piazza a senso rotatorio	
7. circolava su una piazza a senso rotatorio		7. circolava su una piazza a senso rotatorio	
8. tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila		8. tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila	
9. procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa		9. procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	
10. cambiava fila		10. cambiava fila	
11. sorpassava		11. sorpassava	
12. girava a destra		12. girava a destra	
13. girava a sinistra		13. girava a sinistra	
14. retrocedeva		14. retrocedeva	
15. invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso		15. invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	
16. proveniva da destra		16. proveniva da destra	
17. non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso		17. non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	
Indicare il numero di caselle barrate con una croce		Indicare il numero di caselle barrate con una croce	
13. grafico dell'incidente al momento dell'urto		13. grafico dell'incidente al momento dell'urto	
14. osservazioni		14. osservazioni	
A		B	
15. firma dei conducenti		15. firma dei conducenti	
A		B	
* In caso di lesioni o danni materiali a cose diverse dai veicoli A e B indicare, sulla denuncia a tergo, l'identità e l'indirizzo dei danneggiati		* In caso di lesioni o 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 è valida se non è modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.		La denuncia non è valida se non è modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.	
		Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato	

Compila la seconda pagina solo nel caso siano presenti feriti, testimoni o siano intervenute le autorità.

## HAI FATTO TUTTO, ORA TOCCA A NOI

Ricordati di **denunciare subito l'incidente**.

**Scatta una foto** con il tuo smartphone al modulo di constatazione amichevole compilato e firmato. Controlla che tutti i dati siano a fuoco e ben visibili, firme comprese. Perché la copia sia valida il modulo deve rientrare in un'unica immagine.

**Carica il modulo CAI comodamente online** accedendo alla sezione Guasti e Sinistri su [Linear.it](http://Linear.it) oppure inviaci la foto a [sinistri@linear.it](mailto:sinistri@linear.it)

Ti confermeremo via mail l'apertura del sinistro entro 24 ore e, se necessario, ti contatteremo per darti assistenza e gestire insieme il tuo sinistro in maniera veloce e sicura. Tu risparmi tempo, al resto pensiamo noi.

Per qualsiasi informazione siamo a tua completa disposizione, chiama il Servizio Sinistri al numero **051 71 93 456**, attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8.30 alle 20.00 e sabato dalle 8.30 alle 14.00.