

Indicazioni per la compilazione del Modulo Blu.

Stampa e tieni sempre a bordo una copia del modulo

- 1 La data dell'incidente
- 2 I nomi dei contraenti
- 3 Le targhe dei due veicoli
- 4 Le compagnie assicurative
- 5 Le circostanze dell'incidente
- 6 Il disegno dell'incidente
- 7 Le firme dei due conducenti

(art. 5 D.L. n. 857 del 1978
convertito legge n. 39 del 1977)

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

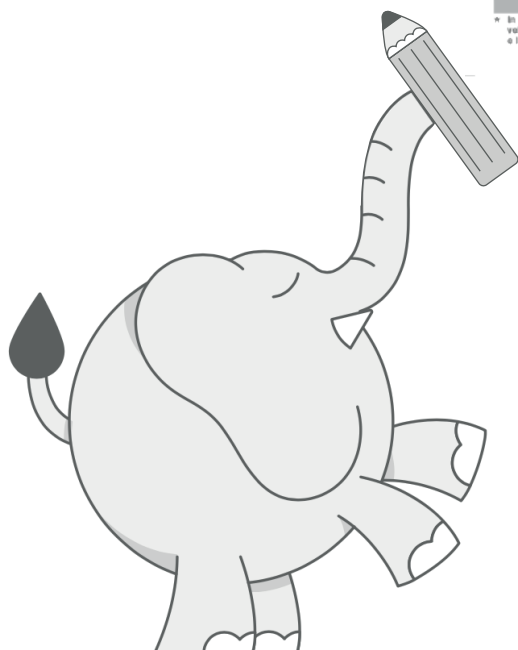
Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui agli artt. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1978 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche.

1. data incidente		1	2. luogo (comune, provincia, via e numero)		3. feriti anche se lievi no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> *
4. danni materiali veicoli oltre A o B no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> *		oggetti diversi dai veicoli no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> *		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (specificare se al tratto di trasporto sul veicolo A o B)	
veicolo A 6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione) Cognome (stampa/parola) 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 di) 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 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		12. circostanze dell'incidente Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (scegliere l'opzione non corretta) 1 in fermata / in sosta 2 ripartiva dopo una sosta apporta 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 divieto di accesso		veicolo B 6. contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione) Cognome (stampa/parola) 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 di) 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 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	
9. conducente (vedere patente di guida) Cognome (stampa/parola) 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		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	
10. indicare con una freccia (→) il punto d'urto iniziale del veicolo A 11. danni visibili al veicolo A 14. osservazioni		15. firma del conducenti A B		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 →



In caso di incidente, compila il Modulo Blu inserendo tutti i dati necessari e saremo più veloci nella gestione della pratica.

Fotografa il modulo Blu compilato e firmato da entrambe le parti e invialo a: moduloblu@genertel.it
Per ulteriori informazioni visita il sito www.genertel.it nella sezione "In caso di incidente"

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

(art. 5 D.L. n. 857 del 1976)
(convertito legge n. 39 del 1977)

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti produce gli effetti di cui agli artt. 3 e 5 D.L. n. 857 del 1976 convertito legge n. 39 del 1977 e successive modifiche.

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. danni materiali veicoli oltre A o B oggetti diversi dai veicoli		5. testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono (precisare 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 *	

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 _____
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)

A

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.

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

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, 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 ➔

DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (veicoli)

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

Altre informazioni richieste ai sensi dell'art. 2, comma 5 quater, della Legge 26 maggio 2000 n. 137 e successivo provvedimento Isvap n. 01764 del 21 dicembre 2000.

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 _____