

# Indicazioni per il Modulo blu

## 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.

|  |  |  |  |   |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--|---|--|
| <b>1. data incidente</b> <b>1</b> ora  |  | <b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero)  |  | <b>3. feriti</b> anche se lievi<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *  |  |   |  |
| <b>4. danni materiali</b><br>veicoli oltre A o B<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *<br>oggetti diversi dai veicoli<br>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)  |  |   |  |   |  |
| <b>veicolo A</b>   |  | <b>veicolo B</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>6. contraente/assicurato</b> <b>2</b><br>(vedere certificato d'assicurazione)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Codice Fiscale / Partita IVA _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>C.A.P. _____ Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____   |  | <b>12. circostanze dell'incidente</b> <b>5</b><br><b>Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione (cancellare l'opzione non corretta)</b>   |  | <b>6. contraente/assicurato</b> <b>2</b><br>(vedere certificato d'assicurazione)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Codice Fiscale / Partita IVA _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>C.A.P. _____ Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____                                  |  |   |  |
| <b>7. veicolo</b><br>A MOTORE RIMORCHIO<br>Marca, Tipo _____<br>N. di targa o telaio <b>3</b> N. di targa o telaio <b>3</b><br>Stato d'immatricolazione _____ Stato d'immatricolazione _____   |  | 1 in fermata / in sosta<br>2 ripartiva dopo una sosta apriva una portiera<br>3 stava parcheggiando<br>4 usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da una strada vicinale<br>5 entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in una strada vicinale<br>6 si immetteva in una piazza a senso rotatorio<br>7 circolava su una piazza a senso rotatorio<br>8 tamponava procedendo nello stesso senso e nella stessa fila<br>9 procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa<br>10 cambiava fila<br>11 sorpassava<br>12 girava a destra<br>13 girava a sinistra<br>14 retrocedeva<br>15 invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso<br>16 proveniva da destra<br>17 non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso |  | <b>7. veicolo</b><br>A MOTORE RIMORCHIO<br>Marca, Tipo _____<br>N. di targa o telaio <b>3</b> N. di targa o telaio <b>3</b><br>Stato d'immatricolazione _____ Stato d'immatricolazione _____  |  |   |  |
| <b>8. compagnia d'assicurazione</b> (vedere certificato d'assicurazione)<br>Denominazione _____ <b>4</b><br>N. di polizza _____<br>N. di Carta Verde _____<br>Certificato di assicurazione o Carta Verde Valido dal _____ al _____<br>Agenzia (o ufficio o intermediario) _____<br>Denominazione _____<br>Indirizzo _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> |  | <b>8. compagnia d'assicurazione</b> (vedere certificato d'assicurazione)<br>Denominazione _____ <b>4</b><br>N. di polizza _____<br>N. di Carta Verde _____<br>Certificato di assicurazione o Carta Verde Valido dal _____ al _____<br>Agenzia (o ufficio o intermediario) _____<br>Denominazione _____<br>Indirizzo _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>   |  | <b>9. conducente</b> (Vedere patente di guida)<br>Cognome (stampatello) _____<br>Nome _____<br>Data di nascita _____<br>Codice Fiscale _____<br>Indirizzo (comune, provincia, via e numero) _____<br>Stato _____<br>N. Tel. o E-mail _____<br>Patente N. _____<br>Categ. (A, B, ...) _____ valida fino al _____ |  |   |  |
| <b>10. indicare con una freccia (**) il punto d'urto iniziale del veicolo A</b>  |  | <b>13. grafico dell'incidente al momento dell'urto</b> <b>6</b><br>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  |  |   |  | <b>10. indicare con una freccia (**) il punto d'urto iniziale del veicolo B</b> |  |
| <b>11. danni visibili al veicolo A</b>   |  | <b>11. danni visibili al veicolo B</b>   |  |   |  |   |  |
| <b>14. osservazioni</b>  |  | <b>15. firma dei conducenti</b> <b>7</b>   |  | <b>14. osservazioni</b>   |  |   |  |

\* 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 →

Stampa e tieni sempre a bordo una copia del Modulo blu

In caso di incidente **per dimezzare i tempi di gestione della pratica (da 60 a 30 giorni per i danni al veicolo)**, ricordati di compilare il Modulo blu secondo le seguenti indicazioni:

- ① la data dell'incidente
- ② i nomi dei due contraenti / assicurati
- ③ le targhe dei due veicoli
- ④ i nomi delle due compagnie di assicurazione
- ⑤ le circostanze dell'incidente
- ⑥ il grafico dell'incidente
- ⑦ le firme dei due conducenti

Fotografa il Modulo blu compilato e firmato da entrambe le parti e invialo a: [moduloblu@genertel.it](mailto:moduloblu@genertel.it)

Per ulteriori informazioni visita il sito [www.genertel.it](http://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.

|   |           |   |  |
|---|-----------|---|--|
| <b>1. data</b> incidente _____  | ora _____ | <b>2. luogo</b> (comune, provincia, via e numero) _____   | <b>3. feriti</b> anche se lievi<br>no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * |
| <b>4. danni materiali</b><br>veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *<br>oggetti diversi dai veicoli <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <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)<br>_____<br>_____ |  |

**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)

|                          |    |  |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | 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       |

← 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<br>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 \_\_\_\_\_