

Assirex

intermediazione assicurativa e servizi

Vuoi **Risparmiare** sull'assicurazione del tuo veicolo?

Confrontiamo le **migliori compagnie** assicurative e ti garantiamo le polizze più vantaggiose del mercato.

Richiedi il preventivo più conveniente per te!



Polizze Auto, Casa, Infortuni, TFR, TFM, Impresa, Cyber Risk, D&O, Natanti, Aeree

sara 
assicurazioni

 **facile.it**

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

 **care**
HOLDING s.p.a.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL CID

TI AIUTIAMO A COMPILARE IL MODULO COSI' TUTTO DIVENTA PIU' SEMPLICE

- A) Inserisci la data, il luogo del sinistro e l'eventuale presenza di testimoni.
- B) Scrivi nella colonna blu i dati anagrafici del contraente, l'indirizzo, il numero di telefono e le informazioni relative al veicolo.
- C) Qui scrivi il nome della tua compagnia di assicurazione.
- D) Scrivi sempre le informazioni anagrafiche del conducente del tuo veicolo.
- E) Scrivi nella colonna gialla i dati anagrafici, l'indirizzo, il numero di telefono e le informazioni del veicolo della controparte.
- F) Scrivi esattamente il nome della compagnia di assicurazione della controparte, puoi trovarla sul certificato di assicurazione. Se non sei sicuro o non riesci a trovarla non inserirla, ci pensiamo noi.
- G) Compila con le informazioni anagrafiche del conducente dell'altro veicolo.
- H) La colonna centrale contiene opzioni multiple per descrivere la dinamica dell'incidente. Barra per ogni parte la casella che ritieni descriva meglio l'evento. Cerca di fornire quanti più dettagli possibile controllando che non siano in contrasto tra loro.
- I) Qui prova a disegnare la dinamica dell'incidente e lateralmente indica i punti nei quali i due veicoli sono stati danneggiati. Se ti è possibile scatta anche qualche foto (anche dal tuo cellulare) dei danni occorsi a entrambi i veicoli. Potrà esserci utile!
- J) Inserite entrambi le firme per esteso (nome e cognome).

(art. 143 D. Lgs. n. 209 del 2005
"Codice delle assicurazioni private")

Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro

Se è firmato congiuntamente dai due conducenti, produce gli effetti di cui all'art. 148, comma 1, D. Lgs. n. 209 del 2005 e dell'art. 8, comma 2, lettera c), D.P.R. n. 251 del 2009.

1. data incidente	ora	2. luogo (comune, provincia, via e numero)	3. feriti anche se lievi no <input type="checkbox"/> si <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	veicolo B
6. contraente/assicurato <small>(vedere certificato d'assicurazione)</small>	6. contraente/assicurato <small>(vedere certificato d'assicurazione)</small>
Cognome (stampatello)	Cognome (stampatello)
Nome	Nome
Codice Fiscale/Partita IVA	Codice Fiscale/Partita IVA
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	A MOTORE
RIMORCHIO	RIMORCHIO
Marca, Tipo	Marca, Tipo
N. di targa o telaio	N. di targa o telaio
N. di targa o telaio	N. di targa o telaio
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione
8. compagnia d'assicurazione <small>(vedi articolo d'assicurazione)</small>	8. compagnia d'assicurazione <small>(vedi articolo d'assicurazione)</small>
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: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
9. conducente <small>(vedere patente di guida)</small>	9. conducente <small>(vedere patente di guida)</small>
Cognome (stampatello)	Cognome (stampatello)
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
14. osservazioni	14. osservazioni
15. firma dei conducenti	15. firma dei conducenti

* 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.

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

1. Il modulo CAI va sempre compilato, anche quando non vi è accordo tra le parti.
2. Firma il modulo CAI compilato e fallo firmare alla controparte. Se si rifiuta metti almeno la tua firma.
3. Per avere una copia del modulo scatta una foto con il tuo smartphone.
4. Scatta sempre delle foto prima di spostare i veicoli, anche con il cellulare: sono importanti per ricostruire la dinamica dell'incidente.
5. Invia subito una copia del modulo CAI al tuo assicuratore: è importante.

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 dell'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"/> si <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

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)

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

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. 135 D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'Isvap per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione R.C. Auto.

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 _____

PAGINA LASCIATA BIANCA

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 dell'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"/> si <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

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)

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

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. 135 D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private per l'alimentazione della banca dati sinistri istituita presso l'Isvap per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore dell'assicurazione R.C. Auto.

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 _____

PAGINA LASCIATA BIANCA