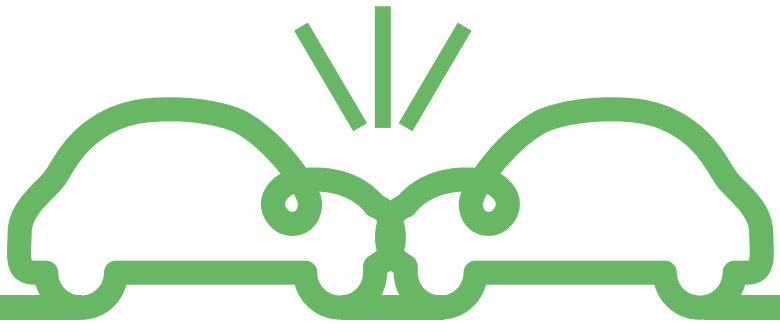
Linear

Gruppo Unipol



Constatazione amichevole di incidente.

Stampa questi moduli e conservali sul tuo veicolo assieme a tutte le indicazioni per compilarli e denunciare un eventuale incidente. Ricordati di compilare entrambe le copie del modulo CID.

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 ☐ si ☐ *

4. danni materiali
veicoli oltre A o B — no ☐ si ☐ *
oggetti diversi dai veicoli — no ☐ si ☐ *

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

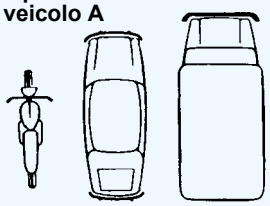
8. compagnia d'assicurazione *(vedere certificato d'assicurazione)*

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

10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo A



11. danni visibili al veicolo A

14. osservazioni

A

12. circostanze dell'incidente
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione
(cancellare l'opzione non corretta)

A		B
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

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

15. firma dei conducenti

A B

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

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

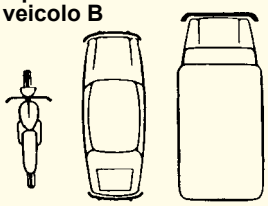
8. compagnia d'assicurazione *(vedere certificato d'assicurazione)*

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 B



11. danni visibili al veicolo 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.

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➡

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 _____

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 ☐ si ☐ *

4. danni materiali
veicoli oltre A o B — no ☐ si ☐ *
oggetti diversi dai veicoli — no ☐ si ☐ *

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

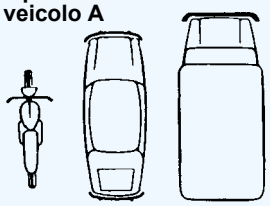
8. compagnia d'assicurazione *(vedere certificato d'assicurazione)*

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

10. indicare con una freccia (➡) il punto d'urto iniziale del veicolo A



11. danni visibili al veicolo A

14. osservazioni

A

12. circostanze dell'incidente
Mettere una croce (X) soltanto nelle caselle utili alla descrizione
(cancellare l'opzione non corretta)

A		B
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

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

15. firma dei conducenti

A B

La denuncia non deve essere modificata dopo la firma e la separazione degli esemplari.

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

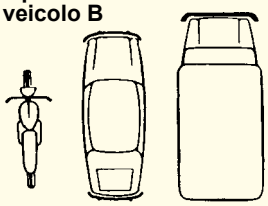
8. compagnia d'assicurazione *(vedere certificato d'assicurazione)*

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 B



11. danni visibili al veicolo 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.

Vedere a tergo le dichiarazioni dell'Assicurato ➡

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 _____

CHE 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. Segnala subito l'incidente **posizionando il triangolo** e nel farlo indossa il **giubbotto di segnalazione**;
2. **Verifica personalmente** i dati relativi all'altro veicolo, la patente della controparte e i dati relativi alla sua polizza, chiedendo di mostrarti il certificato di assicurazione;
3. Compila il **modulo CAI** (Constatazione Amichevole Incidente) in tutte le sue parti, seguendo la pratica guida allegata;
4. **Firma** il modulo CAI e fai firmare anche l'altro conducente (se possibile);
5. Verifica la **presenza di testimoni**, chiedi le loro generalità e il numero di telefono per poterli contattare anche in seguito;
6. Prima di spostare i veicoli, **scatta fotografie** che possano aiutare a comprendere la dinamica dell'incidente;
7. **Coinvolgi le Autorità** in caso di disaccordo tra le parti o in presenza di feriti anche non gravi;
8. Ricordati di **denunciare subito l'incidente**, contattando telefonicamente il Servizio Sinistri Linear, o inviandoci un fax al numero 051-5076701, o ancora scrivendo una mail a sinistri@linear.it.

Numeri utili in caso di incidente

Servizio Sinistri Linear

(un operatore specializzato ti fornirà l'assistenza di cui hai bisogno e ti dirà come comportarti)

+39 051.71.93.456

Numero per chiamate dall'estero / Servizio attivo dal lunedì/venerdì 8.30/20.00 sabato 8.30/14.00

Assistenza Linear (Carro Attrezzi)

800.47.59.99 / +39 011.65.23.246

Numero per chiamate dall'estero / Servizio offerto in collaborazione con Pronto Assistance Servizi (PAS), attivo 24 ore su 24

Lo sapevi che in caso di sinistro, Linear ti offre il servizio di oltre 3.000 carrozzerie selezionate del circuito Auto Presto & Bene?

Le Carrozzerie operano **in convenzione con il Gruppo Unipol** e sono presenti su tutto il territorio nazionale. Se sei assicurato Linear, presso i centri Auto Presto&Bene 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**.

Inoltre, in caso di rottura dei cristalli, Linear ti offre il servizio dei Centri cristalli auto **MyGlass**, una rete di **oltre 150 centri di riparazione/sostituzione dei cristalli** presente su tutto il territorio nazionale e il cui numero è in continuo aumento. I centri MyGlass puntano su un **alto livello di servizio, convenienza e rapidità** dell'intervento. Con MyGlass hai a disposizione: **solo vetri originali omologati CE, garanzia valida 10 anni** per eventuali difetti di installazione e/o montaggio, **prezzi competitivi** anche per chi non ha la copertura cristalli in polizza e persino l' intervento a domicilio o sul lavoro.

In caso di bisogno, contatta il **Servizio Sinistri** Linear e chiedi del centro **Auto Presto & Bene** o del Centro **MyGlass** più comodo per te.

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL CID

Ti aiutiamo a compilare il Modulo, così tutto diventa più 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, i dati di recapito e le informazioni relative al veicolo Linear

C Qui scrivi il nome Linear (il nome della tua compagnia di assicurazione)

D La colonna centrale contiene opzioni multiple per descrivere la dinamica del sinistro. Barra per ogni parte la casella che ritieni descriva meglio l'evento.
È importante fornire quanti più dettagli possibile.

E Qui i dati anagrafici ed i recapiti della controparte coinvolta nel sinistro

F Scrivi esattamente il nome della compagnia di assicurazione della controparte

G Qui prova a disegnare la dinamica dell'incidente. E se ti è possibile scatta qualche foto (anche dal tuo cellulare) dei danni occorsi a entrambi i veicoli. Potrà esserci utile!

H Inserisci la tua firma per esteso (nome e cognome) e quella della controparte

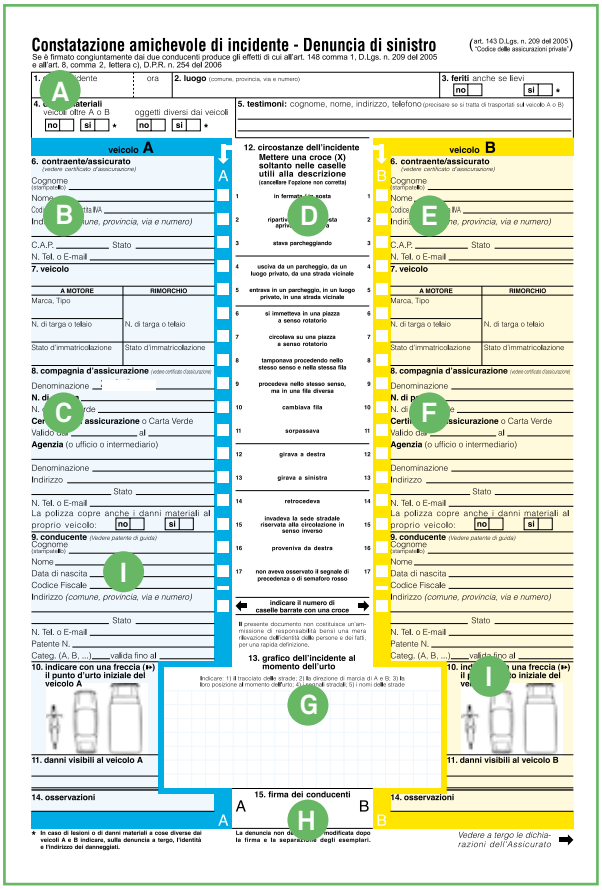
I Scrivi sempre le informazioni anagrafiche dei conducenti alla guida dei veicoli coinvolti nell'incidente

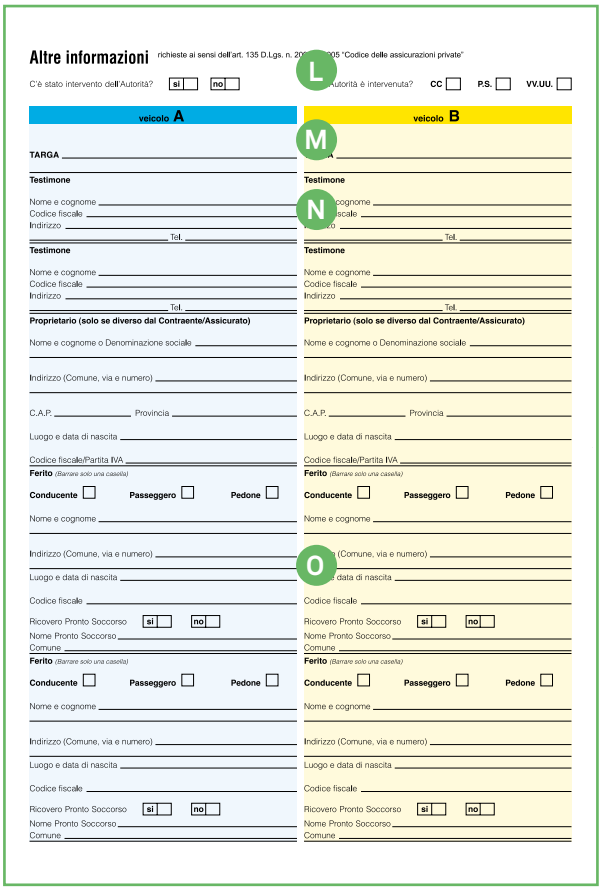
L Segnala sempre se sono state coinvolte le autorità e quale è intervenuta (polizia, carabinieri, vigili urbani)

M Scrivi la targa di entrambi i veicoli

N Se ci sono testimoni, raccogli tutti i loro dati e inseriscili negli appositi spazi

O Se ci sono feriti compila tutti i dettagli relativi





ATTENZIONE

Il CID va sempre compilato, anche quando non vi è accordo tra le parti.

Firma il CID compilato e fallo firmare alla controparte. Se si rifiuta, metti almeno la tua firma.

Compila entrambe le copie del modulo CID e tieni per te una delle due copie.

Scatta sempre delle foto, anche con il cellulare, sono importanti per ricostruire la dinamica dell'incidente.

Ricordati di inviare subito una copia del CID a Linear. È importante!