



CONSTATAZIONE AMICHEVOLE D'INCIDENTE DELLA CIRCOLAZIONE

1. Data dell'incidente	Ora	2. Località	Luogo:	3. Feriti, anche se lievi
		Paese:		no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>
4. Danni materiali		5. Testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono		
ad altri veicoli oltre A o B: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		a cose diverse da veicoli: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		

VEICOLO A

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo?
no sì

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ___): _____

Patente valevole fino al: _____

12. CIRCOSTANZE

↓		↓
A	Mettere una croce soltanto nelle caselle utili alla descrizione dell'urto <i>* cancellare l'opzione non corretta</i>	B
<input type="checkbox"/> 1	* parcheggiato / in sosta	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* ripartiva dopo una sosta / apriva una portiera	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da un viottolo	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in un viottolo	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	si inseriva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	tamponava il veicolo che procedeva nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	cambiava fila	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	sorpassava	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	girava a destra	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	girava a sinistra	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	retrocedeva	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	proveniva da destra	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/>	← Indicare il numero totale di caselle segnate con la croce →	<input type="checkbox"/>

Da firmare obbligatoriamente da entrambi i conducenti
Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità, bensì una mera rilevazione dell'identità e dei fatti, al fine di un regolamento più rapido delle pretese

13. Grafico dell'incidente al momento dell'urto 13.

Indicare: 1. il tracciato delle strade - 2. la direzione (mediante frecce) dei veicoli A e B - 3. la loro posizione al momento dell'urto - 4. i segnali stradali - 5. i nomi delle strade

VEICOLO B

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo?
no sì

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ___): _____

Patente valevole fino al: _____

10. Indicare con una freccia il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. Danni visibili al veicolo A

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

14. Osservazioni

A

B



CONSTATAZIONE AMICHEVOLE D'INCIDENTE DELLA CIRCOLAZIONE

1. Data dell'incidente	Ora	2. Località	Luogo:	3. Feriti, anche se lievi
		Paese:		no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>
4. Danni materiali		5. Testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono		
ad altri veicoli oltre A o B: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		a cose diverse da veicoli: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>		

VEICOLO A

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo? sì no

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Patente valevole fino al: _____

12. CIRCOSTANZE

↓		↓
A	Mettere una croce soltanto nelle caselle utili alla descrizione dell'urto <i>* cancellare l'opzione non corretta</i>	B
<input type="checkbox"/> 1	* parcheggiato / in sosta	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	* ripartiva dopo una sosta / apriva una portiera	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	stava parcheggiando	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da un viottolo	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in un viottolo	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6	si inseriva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7	circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8	tamponava il veicolo che procedeva nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10	cambiava fila	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11	sorpassava	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12	girava a destra	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13	girava a sinistra	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14	retrocedeva	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15	invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16	proveniva da destra	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17	non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/>	← Indicare il numero totale di caselle segnate con la croce →	<input type="checkbox"/>

Da firmare obbligatoriamente da entrambi i conducenti
Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità, bensì una mera rilevazione dell'identità e dei fatti, al fine di un regolamento più rapido delle pretese

13. Grafico dell'incidente al momento dell'urto 13.

Indicare: 1. il tracciato delle strade - 2. la direzione (mediante frecce) dei veicoli A e B - 3. la loro posizione al momento dell'urto - 4. i segnali stradali - 5. i nomi delle strade

VEICOLO B

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo? sì no

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Patente valevole fino al: _____

10. Indicare con una freccia il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. Danni visibili al veicolo A

--	--

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

14. Osservazioni

A

B



CONSTATAZIONE AMICHEVOLE D'INCIDENTE DELLA CIRCOLAZIONE

1. Data dell'incidente	Ora	2. Località	Luogo:	3. Feriti, anche se lievi
		Paese:		no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>

4. Danni materiali	5. Testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono
ad altri veicoli oltre A o B : no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	
a cose diverse da veicoli: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	

VEICOLO A

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo?
no sì

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

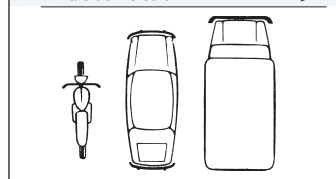
N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Patente valevole fino al: _____

10. Indicare con una freccia il punto d'urto iniziale del veicolo A



11. Danni visibili al veicolo A

14. Osservazioni

12. CIRCOSTANZE

Mettere una croce soltanto nelle caselle utili alla descrizione dell'urto
** cancellare l'opzione non corretta*

A ↓ ↓ **B**

1 * parcheggiato / in sosta

2 * ripartiva dopo una sosta / apriva una portiera

3 stava parcheggiando

4 usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da un viottolo

5 entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in un viottolo

6 si inseriva in una piazza a senso rotatorio

7 circolava su una piazza a senso rotatorio

8 tamponava il veicolo che procedeva 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

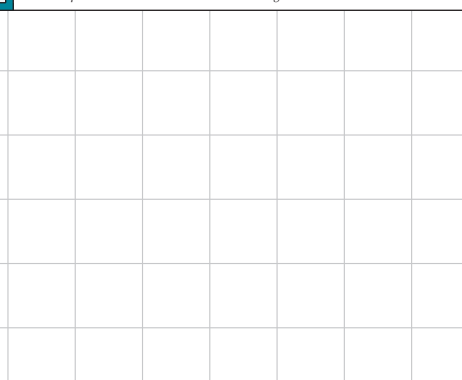
17 non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso

← **Indicare il numero totale di caselle segnate con la croce** →

Da firmare obbligatoriamente da entrambi i conducenti
Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità, bensì una mera rilevazione dell'identità e dei fatti, al fine di un regolamento più rapido delle pretese

13. Grafico dell'incidente al momento dell'urto

Indicare: 1. il tracciato delle strade - 2. la direzione (mediante frecce) dei veicoli A e B - 3. la loro posizione al momento dell'urto - 4. i segnali stradali - 5. i nomi delle strade



15. Firma dei conducenti

VEICOLO B

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo?
no sì

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Stato: _____

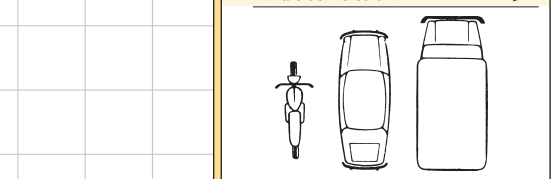
N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Patente valevole fino al: _____

10. Indicare con una freccia il punto d'urto iniziale del veicolo B



11. Danni visibili al veicolo B

14. Osservazioni



CONSTATAZIONE AMICHEVOLE D'INCIDENTE DELLA CIRCOLAZIONE

1. Data dell'incidente	Ora	2. Località	Luogo:	3. Feriti, anche se lievi
		Paese:		no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>

4. Danni materiali	5. Testimoni: cognome, nome, indirizzo, telefono
ad altri veicoli oltre A o B : no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	
a cose diverse da veicoli: no <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/>	

VEICOLO A

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

_____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo?
no sì

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

_____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Patente valevole fino al: _____

10. Indicare con una freccia il punto d'urto iniziale del veicolo A

11. Danni visibili al veicolo A

14. Osservazioni

12. CIRCOSTANZE

Mettere una croce soltanto nelle caselle utili alla descrizione dell'urto
** cancellare l'opzione non coretta*

A	B
<input type="checkbox"/> 1 * parcheggiato / in sosta	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2 * ripartiva dopo una sosta / apriva una portiera	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3 stava parcheggiando	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4 usciva da un parcheggio, da un luogo privato, da un viottolo	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 entrava in un parcheggio, in un luogo privato, in un viottolo	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6 si inseriva in una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7 circolava su una piazza a senso rotatorio	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8 tamponava il veicolo che procedeva nello stesso senso e nella stessa fila	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9 procedeva nello stesso senso, ma in una fila diversa	<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10 cambiava fila	<input type="checkbox"/> 10
<input type="checkbox"/> 11 sorpassava	<input type="checkbox"/> 11
<input type="checkbox"/> 12 girava a destra	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 13 girava a sinistra	<input type="checkbox"/> 13
<input type="checkbox"/> 14 retrocedeva	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 15 invadeva la sede stradale riservata alla circolazione in senso inverso	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> 16 proveniva da destra	<input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> 17 non aveva osservato il segnale di precedenza o di semaforo rosso	<input type="checkbox"/> 17

← Indicare il numero totale di caselle segnate con la croce →

Da firmare obbligatoriamente da entrambi i conducenti
Il presente documento non costituisce un'ammissione di responsabilità, bensì una mera rilevazione dell'identità e dei fatti, al fine di un regolamento più rapido delle pretese

13. Grafico dell'incidente al momento dell'urto

Indicare: 1. il tracciato delle strade - 2. la direzione (mediante frecce) dei veicoli A e B - 3. la loro posizione al momento dell'urto - 4. i segnali stradali - 5. i nomi delle strade

--	--

15. Firma dei conducenti

VEICOLO B

6. Contraente/assicurato (vedere certificato d'assicurazione)

COGNOME: _____

Nome: _____

Indirizzo: _____

Codice postale: _____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

7. Veicolo

A MOTORE	RIMORCHIO
Marca, tipo	
N° di Targa	N° di Targa
Stato d'immatricolazione	Stato d'immatricolazione

8. Compagnia d'assicurazione (vedere certificato d'assicurazione)

NOME: _____

N° di polizza: _____

N° carta verde: _____

Certificato d'assicurazione o carta verde valido/a dal: _____ al: _____

Agenzia (o ufficio o intermediario): _____

NOME: _____

Indirizzo: _____

_____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

La polizza copre anche i danni materiali al proprio veicolo?
no sì

9. Conducente (vedere patente di guida)

COGNOME: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

_____ Stato: _____

N° tel. o e-mail: _____

Patente n°: _____

Categoria (A, B, ...): _____

Patente valevole fino al: _____

10. Indicare con una freccia il punto d'urto iniziale del veicolo B

11. Danni visibili al veicolo B

14. Osservazioni

Informazioni complementari per la denuncia di sinistro

16. In caso di danni ai veicoli A e B:

dove possono essere esaminati i veicoli? Veicolo A _____
a partire dal _____ Valutazione approssimativa del danno: _____
Veicolo B _____
a partire dal _____ Valutazione approssimativa del danno: _____

17. In caso di danni materiali oltre a quelli dei veicoli A e B:

Nome, cognome, a) _____
Indirizzo, N° di tel. b) _____
dei danneggiati; valu- c) _____
tazione approssimativa
del danno

18. In caso di ferimento di persone:

Nome, cognome, a) _____
Indirizzo, N° di tel. b) _____
dei danneggiati; c) _____
genere delle ferite

19. Conducente del vostro veicolo:

professione: _____ data di nascita: _____ giorno, mese, anno stato civile: _____
conduceva il veicolo col vostro consenso? no sì aveva noleggiato il vostro veicolo? no sì

20. Infrazioni commesse:

Ritenete di essere voi o il conducente del vostro veicolo, colpevole: sì in parte no

21. Rapporto di polizia:

no sì di quale località? _____

22. Assicurazione di protezione giuridica:

Possedete tale assicurazione? no sì Compagnia _____

23. Osservazioni:

Il sottoscritto autorizza la società d'assicurazione a prendere visione degli atti ufficiali e medici.

data: _____ firma del contraente: _____

1. Foglio: per assicuratore responsabilità civile del veicolo A
2. Foglio: per assicuratore responsabilità civile del veicolo B
3. Foglio: per il detentore del veicolo B
Copertina: per il detentore del veicolo A

Assistenza sinistri 24h: 0800 22 33 44
(Estero: +41 43 311 99 11)

Allianz 

Allianz Suisse Società di Assicurazioni SA

Istruzioni per l'utilizzazione della Relazione di Incidente

La presente Relazione di incidente serve a stabilire i fatti ad uso della compagnia d'assicurazione. Se l'incidente ha provocato lesioni corporali è indispensabile avvertire la polizia.

Utilizzate una sola Relazione per incidente (2 esemplari per 3 veicoli implicati, ecc.).

All'estero, la Relazione redatta nella lingua del luogo serve quale mezzo ausiliare di traduzione poichè tutte le rubriche sono formulate e numerate nello stesso modo.

Scrivete con una penna a sfera e calcando fortemente affinché tutte le copie risultino ben leggibili.

Osservate in particolare quanto segue:

- Nei riquadro 12 indicate con una crocetta tutte le varianti che corrispondono al vostro incidente ed indicate alla fine il numero delle caselle così segnate.
- Firmate e fate firmare dall'altro conducente la Relazione di incidente. Le firme **non costituiscono alcun riconoscimento di responsabilità.**
- Consegnate all'altro conducente i fogli 2 (per il suo assicuratore) e 3 (per suo uso) e conservate il primo foglio ed il quarto (copertina).

A casa vostra, compilate il verso del foglio:

- Ritornati a casa, riempite a vostro agio le rubriche che si trovano a **tergo** del primo foglio (queste informazioni sono indispensabili alla vostra compagnia d'assicurazione per poter liquidare rapidamente il danno).
- **Non modificate per nessuna ragione la prima pagina.**
- Trasmettete al più presto il primo foglio al vostro assicuratore.

La presente Relazione può essere utilizzata tanto all'estero quanto nel nostro paese.

Essa si rende pure utile in caso d'incidente senza danni a terzi (incidente proprio, incendio, furto, collisione con selvaggina, ecc.).

Può rendervi servizio solo se a portata di mano. Tenetela perciò costantemente nella vostra macchina.

Copyright CEA 2000. Riproduzione vietata senza la preventiva autorizzazione scritta del Comitato Europeo delle Assicurazioni (C.E.A.), titolare dei diritti d'autore. Qualsvoglia alterazione o modifica di questo modulo sarà perseguita se realizzata senza tale preventiva autorizzazione scritta del C.E.A.

Relazione di Incidente Europea

non irritiamoci
restiamo calmi
..... cortesi

vedere a tergo
le istruzioni per l'uso

VI ASSISTIAMO CON LA MASSIMA RAPIDITÀ E SEMPLICITÀ.
ONLINE O PER TELEFONO.

0800 223344 in Svizzera (numero gratuito)
+41 43 311 99 11 all'estero
allianz.ch/sinistro online

Allianz 