

## La Convenzione

Venne stipulata il 15 maggio 1978 per consentire una liquidazione più veloce e semplice dei danni a cose e a persone, determinati da un sinistro stradale, direttamente dal proprio assicuratore. Alla convenzione possono aderire tutte le imprese assicuratrici che operano nel territorio italiano.

A partire dal 1° giugno 2004 la convenzione prevede la possibilità di risarcimento dei danni fisici al conducente e ai passeggeri e il risarcimento di eventuali danni alle cose trasportate, fino ad un massimo di 15.000 € per ciascuna delle persone ferite.

Dal 1° febbraio 2007 la Convenzione Indennizzo Diretto, per legge (Decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209), è stata sostituita dal CARD (Convenzione tra Assicuratori per il Risarcimento Diretto).

Il CID viene redatto e sottoscritto congiuntamente dai conducenti dei due veicoli coinvolti. Con esso i contraenti rinunciano alla procedura di liquidazione prevista dal decreto legge 23 dicembre 1976 n. 857 convertito in legge 26 febbraio 1977 n. 39, ed è applicabile ove il sinistro avvenga con danno ai soli veicoli.

La convenzione prevede che coloro che siano rimasti coinvolti in un incidente compilino il modulo blu CID in tutte le sue parti e lo trasmettano alle rispettive compagnie assicurative. Per i danni al veicolo la Convenzione non prevede limiti di valore.

Il danno al veicolo deve essere periziato entro 10 giorni e l'assicuratore deve pagarlo entro 15 giorni dalla perizia. Il danno fisico deve essere risarcito non oltre 30 giorni dalla data di consegna dei referti medici alla propria compagnia assicuratrice.

La convenzione è valida solamente qualora i veicoli coinvolti nel sinistro siano solamente due (esclusi macchine agricole e ciclomotori); inoltre si può ricorrere alla CID (ora CARD vedi infra) per denunciare danni a persone solo se l'incidente abbia causato danni materiali e/o lesioni non gravi alla persona.

Le informazioni minime necessarie da trasmettere alla propria compagnia sono le seguenti:

- nomi degli assicurati;
- targhe dei due veicoli coinvolti;
- nomi delle compagnie;
- descrizione delle modalità dell'incidente;
- data dell'incidente;
- firma dei due assicurati o firma del conducente o assicurato in caso di disaccordo sulle modalità dell'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 no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> *
<b>4. danni materiali</b> veicoli oltre A o B <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> * 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) _____ _____	

**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 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 \_\_\_\_\_



# 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 tuo veicolo
- C** Qui scrivi 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 esserti 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
- K** Indica con una crocetta il punto d'urto dei due veicoli
- 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

**Constatazione amichevole di incidente - Denuncia di sinistro** (art. 143 D.Lgs. n. 209 del 2005 e art. 9, comma 2, lettera c), D.P.R. n. 204 del 2006)

1. **Luogo** (comune, provincia, via e numero) \_\_\_\_\_

2. **Data** \_\_\_\_\_

3. **Verbi** (anche dei feriti) (sì) (no) \_\_\_\_\_

4. **Materiali** (veicoli oltre A o B) (oggetti diversi dai veicoli) (sì) (no) \_\_\_\_\_

5. **Testimoni**: cognome, nome, indirizzo, telefono \_\_\_\_\_

6. **Contraente/assicurato** (colonna sinistra): Cognome, Nome, Indirizzo, C.A.P., Stato, N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

7. **Veicolo**: Marca, Tipo, N. di targa o telaio, Stato d'immatricolazione \_\_\_\_\_

8. **Compagnia d'assicurazione**: Denominazione, N. di polizza, Carta Verde, Agenzia \_\_\_\_\_

9. **Conducente**: Cognome, Nome, Data di nascita, Codice Fiscale, Indirizzo \_\_\_\_\_

10. **Indicare con una freccia (a) il punto d'urto iniziale del veicolo A**

11. **Danni visibili al veicolo A**

12. **Circostanze dell'incidente** (colonna centrale): Matiere una croce (X) sull'elenco delle caselle utili alla descrizione \_\_\_\_\_

13. **Grafico dell'incidente al momento dell'urto** (colonna centrale): Indicare il numero di casella barrate con una croce \_\_\_\_\_

14. **Osservazioni** \_\_\_\_\_

15. **Firma del conducente** \_\_\_\_\_

16. **Contraente/assicurato** (colonna destra): Cognome, Nome, Indirizzo, C.A.P., Stato, N. Tel. o E-mail \_\_\_\_\_

17. **Veicolo**: Marca, Tipo, N. di targa o telaio, Stato d'immatricolazione \_\_\_\_\_

18. **Compagnia d'assicurazione**: Denominazione, N. di polizza, Carta Verde, Agenzia \_\_\_\_\_

19. **Conducente**: Cognome, Nome, Data di nascita, Codice Fiscale, Indirizzo \_\_\_\_\_

20. **Indicare con una freccia (b) il punto d'urto iniziale del veicolo B**

21. **Danni visibili al veicolo B**

## 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 Assivantaggi.it (assivantaggi.it@gmail.com) È importante!**

**Altre informazioni** (richieste ai sensi dell'art. 135 D.Lgs. n. 209 del 2005 "Codice delle assicurazioni private")

C'è stato intervento dell'Autorità? (sì) (no) \_\_\_\_\_

Autorità intervenuta? CC CC P.S. YV.UU. \_\_\_\_\_

17. **TARGA** \_\_\_\_\_

18. **Testimone**: Nome e cognome, Codice fiscale, Indirizzo, Tel. \_\_\_\_\_

19. **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 (stipare solo una casella) \_\_\_\_\_

20. **Conducente**: (Passaggero) (Pedone) \_\_\_\_\_

21. **Nome e cognome** \_\_\_\_\_

22. **Indirizzo** (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

23. **Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

24. **Codice fiscale** \_\_\_\_\_

25. **Ricovero Pronto Soccorso** (sì) (no) \_\_\_\_\_

26. **Nome Pronto Soccorso** \_\_\_\_\_

27. **Comune** \_\_\_\_\_

28. **Ferito** (stipare solo una casella) \_\_\_\_\_

29. **Conducente**: (Passaggero) (Pedone) \_\_\_\_\_

30. **Nome e cognome** \_\_\_\_\_

31. **Indirizzo** (Comune, via e numero) \_\_\_\_\_

32. **Luogo e data di nascita** \_\_\_\_\_

33. **Codice fiscale** \_\_\_\_\_

34. **Ricovero Pronto Soccorso** (sì) (no) \_\_\_\_\_

35. **Nome Pronto Soccorso** \_\_\_\_\_

36. **Comune** \_\_\_\_\_