

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

| | | | |
|--------------------------|----------------|--|--|
| 1. Data zdarzenia | Godzina | 2. Miejsce zdarzenia: Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: Kraj: | 3. Osoby ranne nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|----------------|--|--|

4. Straty materialne

| | |
|---|--|
| inne niż pojazdy A i B nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> | inne przedmioty niż pojazdy nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |
|---|--|

5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel.:

POJAZD A

6. Ubezpieczony (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWISKO:

Imię:

Adres:

Kod pocztowy: Kraj:

Tel. lub E-mail:

7. Pojazdy

| POJAZD SILNIKOWY | PRZYCZEPA |
|------------------|------------------|
| Marka, typ | Marka, typ |
| Nr rejestracyjny | Nr rejestracyjny |
| Kraj rejestracji | Kraj rejestracji |

8. Zakład ubezpieczeń (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWA:

Adres:

*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez *agenta/oddział nr

ważna od do

Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział nr

ważna od do

Czy posiada ubezpieczenie AC? nie tak

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

NAZWISKO:

Imię:

Data urodzenia:

Adres:

Kod pocztowy: Kraj:


Tel. lub E-mail:

Nr prawa jazdy:

Kategoria (A, B, ...):

Prawo jazdy ważne do:

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A →



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A:

14. Uwagi:

12. OKOLICZNOŚCI

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia

| A | POJAZDY | B |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | * zaparkowany/zatrzymany | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 2 | * ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | w trakcie parkowania | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 4 | wyjeżdżał z parkingu, z terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5 | wjeżdżał na parking, na teren prywatny, na drogę nieutwardzoną | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | włączał się do ruchu okrężnego | <input type="checkbox"/> 6 |
| <input type="checkbox"/> 7 | poruszał się w ruchu okrężnym | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> 8 | uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu | <input type="checkbox"/> 8 |
| <input type="checkbox"/> 9 | jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 10 | zmieniał pas ruchu | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 11 | wyprzedzał | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | skręcał w prawo | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | skręcał w lewo | <input type="checkbox"/> 13 |
| <input type="checkbox"/> 14 | * cofał / zawracał | <input type="checkbox"/> 14 |
| <input type="checkbox"/> 15 | jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku | <input type="checkbox"/> 15 |
| <input type="checkbox"/> 16 | nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu) | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 17 | * nie udzielił pierwszeństwa przejazdu / jechał na czerwonym świetle | <input type="checkbox"/> 17 |

← **liczba pól zakreślonych krzyżykami** →

Muszą podpisać obaj kierowcy
Dokument nie stanowi przyznania się do odpowiedzialności, lecz tylko do potwierdzenia tożsamości i faktów, co powinno przyspieszyć likwidację roszczeń

13. Szkic zdarzenia drogowego

Zaznaczyć: 1. układ drogi - 2. strzałkami kierunki jazdy pojazdów A i B - 3. pozycje pojazdów w momencie zdarzenia - 4. znaki drogowe i sygnalizację świetlną - 5. nazwy ulic / numery dróg

POJAZD B

6. Ubezpieczony (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWISKO:

Imię:

Adres:

Kod pocztowy: Kraj:

Tel. lub E-mail:

7. Pojazdy

| POJAZD SILNIKOWY | PRZYCZEPA |
|------------------|------------------|
| Marka, typ | Marka, typ |
| Nr rejestracyjny | Nr rejestracyjny |
| Kraj rejestracji | Kraj rejestracji |

8. Zakład ubezpieczeń (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)

NAZWA:

Adres:

*Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez *agenta/oddział nr

ważna od do

Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział nr

ważna od do

Czy posiada ubezpieczenie AC? nie tak

9. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

NAZWISKO:

Imię:

Data urodzenia:

Adres:

Kod pocztowy: Kraj:


Tel. or E-mail:

Nr prawa jazdy:

Kategoria (A, B, ...):

Prawo jazdy ważne do:

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd B →



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B:

14. Uwagi:

15. Podpisy kierujących pojazdami

A

B