

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

1. **Data zdarzenia** _____ **Godzina** _____

2. **Miejsce zdarzenia:** | Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: _____
Kraj: _____

3. **Osoby ranne**
nie tak

4. **Straty materialne**

inne niż pojazdy A i B
nie tak

inne przedmioty niż pojazdy
nie tak

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

← **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** 13.

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** 15.

* niepotrzebne skreślić