

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 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>

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:

12. OKOLICZNOŚCI

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia	
A	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
<input type="checkbox"/> ← liczba pól zakreślonych krzyżykami → <input type="checkbox"/>	

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

10. Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojazd A →

11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A:
.....
.....

14. Uwagi:
.....
.....

15. Podpisy kierujących pojazdami

A	B
.....

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 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>

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:
.....
.....