

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								
<table border="1"><thead><tr><th>POJAZD SILNIKOWY</th><th>PRZYCZEPA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Marka, typ</td><td>Marka, typ</td></tr><tr><td>Nr rejestracyjny</td><td>Nr rejestracyjny</td></tr><tr><td>Kraj rejestracji</td><td>Kraj rejestracji</td></tr></tbody></table>	POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA	Marka, typ	Marka, typ	Nr rejestracyjny	Nr rejestracyjny	Kraj rejestracji	Kraj rejestracji
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	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
<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

POJAZD B

6. Ubezpieczony (wg * dowodu/polisy ubezpieczenia)
NAZWISKO:
Imię:
Adres:
Kod pocztowy: Kraj:
Tel. lub E-mail:

7. Pojazdy								
<table border="1"><thead><tr><th>POJAZD SILNIKOWY</th><th>PRZYCZEPA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Marka, typ</td><td>Marka, typ</td></tr><tr><td>Nr rejestracyjny</td><td>Nr rejestracyjny</td></tr><tr><td>Kraj rejestracji</td><td>Kraj rejestracji</td></tr></tbody></table>	POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA	Marka, typ	Marka, typ	Nr rejestracyjny	Nr rejestracyjny	Kraj rejestracji	Kraj rejestracji
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 A →

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

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

15. Podpisy kierujących pojazdami
--

A

B

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