

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM



1. Data zdarzenia		Godzina		2. Miejsce zdarzenia: Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica:		3. Osoby ranne	
				Kraj:		nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	
4. Straty materialne				5. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy, tel.:			
inne niż pojazdy A i B		inne przedmioty niż pojazdy					
nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>					

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** 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 / numerów 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.

A

B