



Polish

Wspólne Os'wiadczenie O Zdarzeniu Drogowym

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

* niepotrzebne skreślić

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	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

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

* niepotrzebne skreślić