

# WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

<b>1. Data zdarzenia</b>	<b>Godzina</b>	<b>2. Miejsce zdarzenia:</b> Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: Kraj:	<b>3. Osoby ranne</b> 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**