

# 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/ 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/ 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**

Opracował: Przemysław Adamczyk - 2007 © Insurance Europe asbl. Wszystkie prawa zastrzeżone. Ten formularz nie może być powielany bez uprzedniego pisemnego zgody ubezpieczyciela. Każde nieuprawnione wykorzystanie, powielanie lub zmiana formularza będzie skutkowało odpowiedzialnością prawną ubezpieczyciela.

Dane osobowe i nr przeliczenia obrotów zobowiązujemy do przetwarzania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

\* niepotrzebne skreślić