

# WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

1. Data zdarzenia

Godzina

2. Miejsce zdarzenia:

Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica:

3. Osoby ranne

nie☐ tak☐

4. Straty materialne

inne niż pojazdy A i B

inne przedmioty niż pojazdy

nie☐ tak☐

nie☐ tak☐

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
<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

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: .....

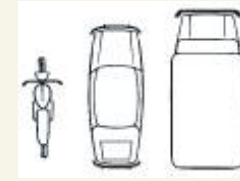
Tel. or E-mail: .....

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