

# WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

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

### 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:**

.....

.....

### 12. OKOLICZNOŚCI

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia

↓	<b>A</b>		<b>B</b>	↓
<b>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"/>	←	<b>liczba pól zakreślonych krzyżykami</b>	→	<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**

**14. Uwagi:**

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić