

WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

1. **Data zdarzenia** _____ **Godzina** _____

2. **Miejsce zdarzenia:** | Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: _____
Kraj: _____

3. **Osoby ranne**
nie tak

4. **Straty materialne**

inne niż pojazdy A i B
nie tak

inne przedmioty niż pojazdy
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/ 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 pojeździe 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** 13.

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. lub E-mail: _____

Nr prawa jazdy: _____

Kategoria (A, B, ...): _____

Prawo jazdy ważne do: _____

10. **Zaznacz strzałką miejsce uderzenia w pojeździe B →**



11. **Widoczne uszkodzenia pojazdu B:**

14. **Uwagi:**

15. **Podpisy kierujących pojazdami** 15.

Opracowano w Pracowni Autorskiej JODI - Insurance Europe asst. Wszystkie prawa zastrzeżone. Ten formularz nie może być powielany bez uzgodnienia z Pracownią Autorską JODI - Insurance Europe asst. Każde nieuzgodnione wykorzystanie jest surowo zakazane. Dane osobowe i/ lub przetwarzane osobom z obywatelstwem polskim.

A

B

* niepotrzebne skreślić