

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 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 pojeździe A →**



11. **Widoczne uszkodzenia pojazdu A:**

14. **Uwagi:**

12. OKOLICZNOŚCI

zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia

<p>A</p> <p><input type="checkbox"/> 1 * zaparkowany/zatrzymany</p> <p><input type="checkbox"/> 2 * ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi</p> <p><input type="checkbox"/> 3 w trakcie parkowania</p> <p><input type="checkbox"/> 4 wyjeżdżał z parkingu, z terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej</p> <p><input type="checkbox"/> 5 wjeżdżał na parking, na teren prywatny, na drogę nieutwardzoną</p> <p><input type="checkbox"/> 6 włączał się do ruchu okrężnego</p> <p><input type="checkbox"/> 7 poruszał się w ruchu okrężnym</p> <p><input type="checkbox"/> 8 uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu</p> <p><input type="checkbox"/> 9 jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu</p> <p><input type="checkbox"/> 10 zmieniał pas ruchu</p> <p><input type="checkbox"/> 11 wyprzedzał</p> <p><input type="checkbox"/> 12 skręcał w prawo</p> <p><input type="checkbox"/> 13 skręcał w lewo</p> <p><input type="checkbox"/> 14 * cofał / zawracał</p> <p><input type="checkbox"/> 15 jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku</p> <p><input type="checkbox"/> 16 nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu)</p> <p><input type="checkbox"/> 17 * nie udzielił pierwszeństwa przejazdu / jechał na czerwonym świetle</p>	<p>B</p> <p><input type="checkbox"/> 1</p> <p><input type="checkbox"/> 2</p> <p><input type="checkbox"/> 3</p> <p><input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 6</p> <p><input type="checkbox"/> 7</p> <p><input type="checkbox"/> 8</p> <p><input type="checkbox"/> 9</p> <p><input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 11</p> <p><input type="checkbox"/> 12</p> <p><input type="checkbox"/> 13</p> <p><input type="checkbox"/> 14</p> <p><input type="checkbox"/> 15</p> <p><input type="checkbox"/> 16</p> <p><input type="checkbox"/> 17</p>
--	---

← **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

15. **Podpisy kierujących pojazdami**

15. _____

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)

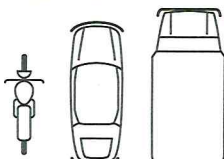
NAZWA: _____
Adres: _____

*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. 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:**

Chromarty Prawem Autostop 2007 © Insurance Europe ASB. Wszystkie prawa zastrzeżone. Ten formularz nie może być powielany bez uprzedniego pisemnego zgody Insurance Europe ASB. Każde nieuprawnione wykorzystanie, powielanie lub zmiany będą skutkiem naruszenia praw autorskich.

* niepotrzebne skreślić