

# WSPÓLNE OŚWIADCZENIE O ZDARZENIU DROGOWYM

1. Data zdarzenia	Godzina	2. Miejsce zdarzenia: Woj., powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica: Kraj:	3. Osoby ranne 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/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

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. Szkieł zdarzenia drogowego

Zaznacz: 1. szkło przednie; 2. szkła boczne kierunku jazdy; 3. szkło tylne; 4. szkło przednie w kierunku przeciwnym; 5. szkło boczne w kierunku przeciwnym; 6. szkło tylne w kierunku przeciwnym

## 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:

.....

.....

15. Podpisy kierujących pojazdami

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić

Dokument ten jest własnością Państwowej Inspekcji Handlowej. Wszelkie prawa zastrzeżone. Niezgodne z prawem kopiowanie i rozpowszechnianie. Wszelkie zmiany w dokumencie bez zgody Państwowej Inspekcji Handlowej.

Dokument ten jest własnością Państwowej Inspekcji Handlowej. Wszelkie prawa zastrzeżone. Niezgodne z prawem kopiowanie i rozpowszechnianie. Wszelkie zmiany w dokumencie bez zgody Państwowej Inspekcji Handlowej.