

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/ 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

↓		POJAZDY	↓
A			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/ 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

Opracował: Przemysław Autorka - 2007 r. Insurance Europe asst. Wszystkie prawa zastrzeżone. Ten formularz nie może być powielany bez uzgodnienia z organizacją Insurance Europe asst. Każde nieuzgodnione wykorzystanie, powielanie lub zmiana będą skutkować odpowiedzialnością prawną autora formularza. Dane osobowe i nr przeliczenia obrotów zgodnie z obowiązującym prawem.

* niepotrzebne skreślić