



Oświadczenia zdarzenia drogowego

| | | | |
|-----------------------|---------|--|---|
| 1 Data wypadku | Godzina | 2 Kraj / Kod pocztowy / miejscowość | 3 Ranni, nawet lekko ranni |
| | | | nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| 4 Szkody materialne dotyczące | 5 Świadkowie: nazwiska, adresy, nr tel. |
| innych pojazdów niż A i B | |
| nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> | |
| innych przedmiotów niż pojazdów: | |
| nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> | |

Pojazd A

6 Ubezpieczony* (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)

nazwisko

imię

adres

kod pocztowy kraj

nr tel. lub e-mail

7 Pojazd

| | |
|--|--|
| pojazd mechaniczny: | Przyczepa: |
| marka, typ | nr rej. |
| nr rej. | nr rej. |
| kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu | kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu |

8 Zakład ubezpieczeń (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)

nazwa

nr umowy

nr zielonej karty

potwierdzenie ubezpieczenia zielonej karty ważnej od

do

nazwa oddziału (biuro lub makler)

adres

kraj

nr tel. lub e-mail

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie tak

9 Kierowca (patrz prawo jazdy)

nazwisko

imię

data ur.

adres

kraj

nr tel. lub e-mail

nr prawa jazdy

kategoria (A, B, ...)

prawo jazdy ważne do



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu A

.....

.....

14 Uwagi własne:

.....

.....

Okoliczności zdarzenia

12 W celu sprecyzowania szkicu zakreślić krzyżykiem odpowiednie pola. Niepotrzebne skreślić:

| A | Jak doszło do wypadku? | B |
|----|---|----|
| 1 | parkował / stał | 1 |
| 2 | opuszczał parking / otwierał drzwi pojazdu | 2 |
| 3 | wjeżdżał na miejsce postoju | 3 |
| 4 | wyjeżdżał z parking, terenu prywatnego, drogi | 4 |
| 5 | wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę | 5 |
| 6 | włączył się do ruchu okrężnego (rondo) | 6 |
| 7 | jechał w ruchu okrężnym | 7 |
| 8 | uderzył w tył pojazdu jadącego w tym samym kierunku i tym samym pasem | 8 |
| 9 | jechał w tym samym kierunku, lecz innym pasem | 9 |
| 10 | zmieniał pas ruchu | 10 |
| 11 | wyprzedzał | 11 |
| 12 | skręcał w prawo | 12 |
| 13 | skręcał w lewo | 13 |
| 14 | cofał | 14 |
| 15 | wjechał na pas ruchu dla przeciwnego kierunku | 15 |
| 16 | nadjeżdżał z prawej strony (na skrzyżowaniu) | 16 |
| 17 | zlekceważył znak pierwszeństwa przejazdu lub czerwone światło | 17 |

← **Podać liczbę zakreślonych pól** →

13 Szkiec sytuacyjny wypadku w momencie kolizji

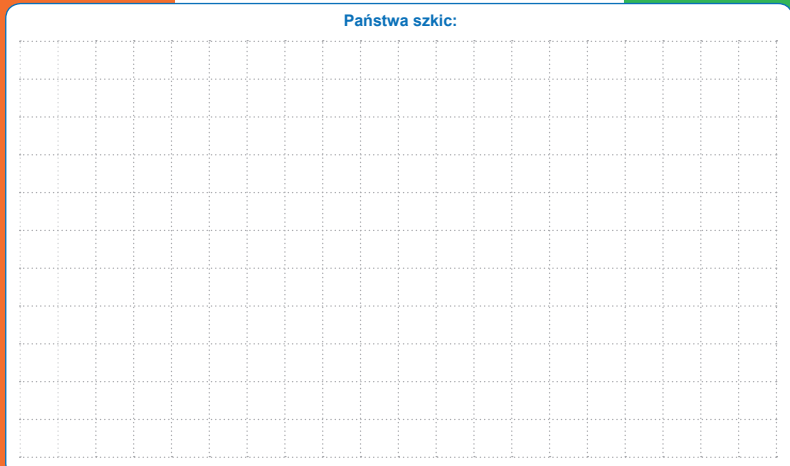
Proszę uzupełnić szkic później na www.Szkic-Sytuacyjny.pl

Proszę oznaczyć 1. układ dróg

2. kierunki ruchu pojazdów A i B (oznaczyć strzałką),

3. państwa pozycję w momencie kolizji,

4. znaki drogowe, 5. nazwy ulic



Pojazd B

6 Ubezpieczony* (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)

nazwisko

imię

adres

kod pocztowy kraj

nr tel. lub e-mail

7 Pojazd

| | |
|--|--|
| pojazd mechaniczny: | Przyczepa: |
| marka, typ | nr rej. |
| nr rej. | nr rej. |
| kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu | kraj dopuszczenia pojazdu do ruchu |

8 Zakład ubezpieczeń (patrz potwierdzenie ubezpieczenia)

nazwa

nr umowy

nr zielonej karty

potwierdzenie ubezpieczenia lub zielonej karty ważnej od

do

nazwa oddziału (biuro lub makler)

adres

kraj

nr tel. lub e-mail

Czy szkody materialne pojazdu są ubezpieczone umową? nie tak

9 Kierowca (patrz prawo jazdy)

nazwisko

imię

data ur.

adres

kraj

nr tel. lub e-mail

nr prawa jazdy

kategoria (A, B, ...)

prawo jazdy ważne do



11 Widoczne uszkodzenia pojazdu B

.....

.....

14 Uwagi własne:

.....

.....

15 podpisy kierowców

A → ← B



Accident Report

1 Date of accident Time **2** Locality - Country - Place

3 Injuries even if slight
no yes

4 Material damage
other than to vehicles A and B: no yes objects other than vehicles: no yes

5 Witnesses: names, addresses, tel.

Vehicle A

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor: Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer: Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:



11 Visible damage to vehicle A:

14 My remarks:

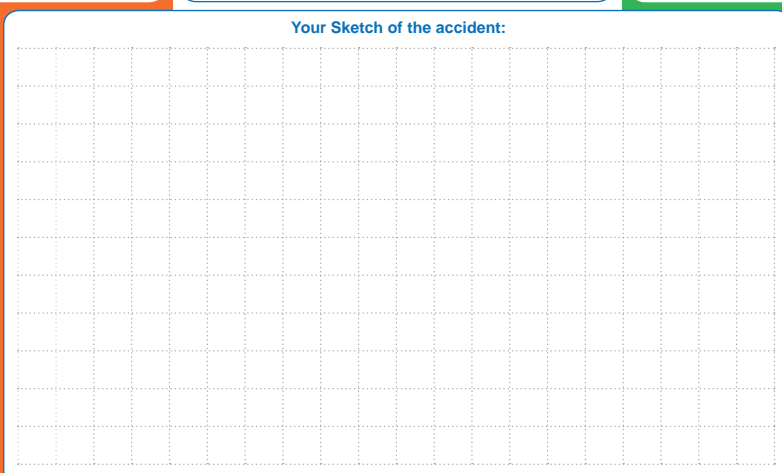
Circumstances

Put a cross in each of the relevant boxes to help explain the drawing -* delete where appropriate:

| A | What happened? | B |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * parked / stopped | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * leaving a parking space / opening a vehicle door | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entering a parking space | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * emerging from a parking space, from private premises, from a track | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * entering a parking space, private premises, a track | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | entering a roundabout | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | circulating a roundabout | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | striking the rear of the other vehicle in the same line of traffic and travelling in the same direction | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | going in the same direction but in a different line of traffic | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changing lines of traffic | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | overtaking | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | turning to the right | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | turning to the left | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | reversing | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | changing to a lane reserved for traffic in the opposite direction | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | coming from the right (at a junction) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | had not observed a priority sign or a red light | <input type="checkbox"/> |

← State the number of boxes marked with a cross →

13 Sketch of accident when impact occurred
Complete your sketch later: www.AccidentSketch.com
Indicate 1. the layout of the road 2. by arrows the direction of the vehicles A, B 3. their position at the time of impact 4. the road signs 5. names of the streets or roads



Vehicle B

6 Insured/policyholder* * see insurance certificate
Surname
First name
Address
Postcode Country
Tel. or e-mail

7 Vehicle

Motor: Make, type
Registration No.
Country of registration

Trailer: Registration No.
Country of registration

8 Insurance company (see insurance certificate)
Surname
Policy No.
Green Card No.
Insurance Certificate or Green Card valid from to
Agency (or bureau, or broker)
Address
Country
Tel. or e-mail
Does the policy cover material damage to the vehicle? no yes

9 Driver (see driving licence)
Surname
First name
Date of birth
Address
Country
Tel. or email
Driving licence No.
Category (A, B, ...)
Driving licence valid until:



11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:

15 Signatures of the drivers

A

B