

01. Data zdarzenia Godzina

02. Miejsce zdarzenia woj. powiat, gmina, miejscowość, droga/ulica:
kraj:

03. Osoby ranne
nie tak

04. Straty materialne
inne niż pojazdy A i B inne przedmioty niż pojazdy
nie tak nie tak

05. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy i telefony:

* niepotrzebne skreślić

POJAZD A

06. Ubezpieczony (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)

Nazwisko: _____
Imię: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub e-mail: _____

07. Pojazdy

POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA
marka, typ	marka, typ
nr rejestracyjny	nr rejestracyjny
kraj rejestracji	kraj rejestracji

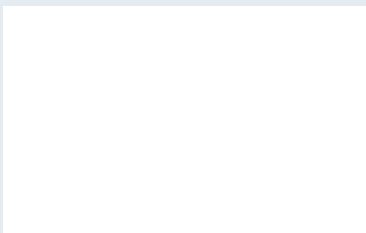
08. Zakład ubezpieczeń (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)

Nazwa: _____
Adres: _____
Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez *agenta/oddział: _____
nr _____
ważna od _____ do _____
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział: _____
ważna od _____ do _____
Czy posiada ubezpieczenia AC? nie tak

09. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

Nazwisko: _____
Imię: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub e-mail: _____
Data urodzenia: _____
Nr. prawa jazdy: _____
Kategoria (A, B, ...): _____
Prawo jazdy ważne do: _____

10. Zaznacz strzałką miejsca uderzenia w pojazd A



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu A

14. Uwagi

12. OKOLICZNOŚCI

Zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia

↓
A **POJAZDY** **B** ↓

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | * zaparkowany / zatrzymany | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * ruszał z miejsca postoju / otwierał drzwi | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | w trakcie parkowania | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, z drogi nieutwardzonej | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | wjeżdżał na parking, na teren prywatny na drogę nieutwardzoną | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | włączył się do ruchu okrężnego | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | poruszał się w ruchu okrężnym | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | zmieniał pas ruchu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | wyprzedzał | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | skręcał w prawo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | skręcał w lewo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * cofał / zawracał | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | jechał pasem przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | nadjechał z prawej strony (na skrzyżowaniu) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | * nie udzielił pierwszeństwa przejazdu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | jechał na czerwonym świetle | <input type="checkbox"/> |

← 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

Należy zaznaczyć: układ drogi, strzałkami kierunek jazdy pojazdów A i B, pozycje pojazdów w momencie zdarzenia, znaki drogowe i sygnalizację świetlną, nazwy ulic / numery dróg



15. Podpisy kierujących pojazdami

A

B

POJAZD B

06. Ubezpieczony (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)

Nazwisko: _____
Imię: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub e-mail: _____

07. Pojazdy

POJAZD SILNIKOWY	PRZYCZEPA
marka, typ	marka, typ
nr rejestracyjny	nr rejestracyjny
kraj rejestracji	kraj rejestracji

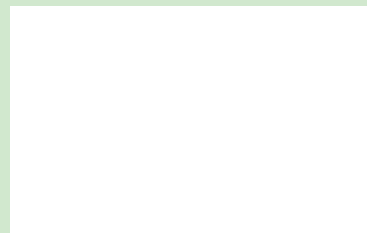
08. Zakład ubezpieczeń (wg* dowodu/polisy ubezpieczenia)

Nazwa: _____
Adres: _____
Dowód ubezpieczenia/polisa pojazdu wystawiona/y przez *agenta/oddział: _____
nr _____
ważna od _____ do _____
Zielona Karta pojazdu wystawiona przez *agenta/oddział: _____
ważna od _____ do _____
Czy posiada ubezpieczenia AC? nie tak

09. Kierujący pojazdem (wg prawa jazdy)

Nazwisko: _____
Imię: _____
Adres: _____
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
Tel. lub e-mail: _____
Data urodzenia: _____
Nr. prawa jazdy: _____
Kategoria (A, B, ...): _____
Prawo jazdy ważne do: _____

10. Zaznacz strzałką miejsca uderzenia w pojazd B



11. Widoczne uszkodzenia pojazdu B

14. Uwagi
