

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 pojazd 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. **Szkic zdarzenia drogowego** 13.

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/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. 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** 15.

A

B