

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**

SPRAWCA

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: .....

**12. OKOLICZNOŚCI**

**zaznacz krzyżykiem pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia**

<b>A</b>	<b>POJAZDY</b>	<b>B</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"/> ←	<b>liczba pól zakreślonych krzyżykami</b>	→ <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** 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**

POSZKODOWANY

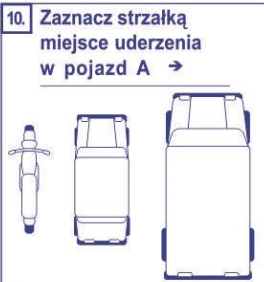
6. **Ubezpieczony** (wg \*dowodu/polisy ubezpieczenia)  
NAZWISKO: .....  
Imię: .....  
Adres: .....  
Kod pocztowy: ..... Kraj: .....  
Tel. lub E-mail: .....

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: .....



11. **Widoczne uszkodzenia pojazdu A:**



Podpis kierującego pojazdem A:



11. **Widoczne uszkodzenia pojazdu B:**

Podpis kierującego pojazdem B:

14. **Uwagi:**

14. **Uwagi:**