

01. Data zdarzenia Godzina	02. Miejsce zdarzenia Woj. powiat. gmina, miejscowość, drog/ulica: kraj:	03. Osoby ranne nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>
04. Straty materialne inne niż pojazdy A i B nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/>	05. Świadkowie: imiona, nazwiska, adresy i telefony:	

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"/>	włączał 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 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. Szkic zdarzenia drogowego **13.**
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 **15.**

.....

.....

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

.....

.....

* niepotrzebne skreślić