



Oświadczenia zdarzenia drogowego

1 Data wypadku Godzina **2** Kraj / Kod pocztowy / miejscowość **3** Ranni, nawet lekko ranni
nie tak

4 Szkody materialne dotyczące
innych pojazdów niż A i B innych przedmiotów niż pojazdów:
nie tak nie tak

5 Świadkowie: nazwiska, adresy, nr tel.

Pojazd A

6 Ubezpieczeni*
nazwisko
imię
adres
kod pocztowy kraj
nr tel. lub e-mail

7 Pojazd
pojazd mechaniczny: Przyczepa:
marka, typ
nr rej. nr rej.
kraj dopuszczenia kraj dopuszczenia
pojazdu do ruchu pojazdu do ruchu

8 Zakład ubezpieczeń
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
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 parkingu, 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 Szkic 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 Ubezpieczeni*
nazwisko
imię
adres
kod pocztowy kraj
nr tel. lub e-mail

7 Pojazd
pojazd mechaniczny: Przyczepa:
marka, typ
nr rej. nr rej.
kraj dopuszczenia kraj dopuszczenia
pojazdu do ruchu pojazdu do ruchu

8 Zakład ubezpieczeń
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
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:

10 Indicate the point of initial impact to vehicle A by an arrow →

11 Visible damage to vehicle A:

14 My remarks:

Circumstances

12 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

Your Sketch of the accident:

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:

10 Indicate the point of initial impact to vehicle B by an arrow →

11 Visible damage to vehicle B:

14 My remarks:

15 Signatures of the drivers

